



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRIA EN INVESTIGACIÓN DE LA SALUD

**Tesis previa a la obtención del título de Magíster
en Investigación de la Salud.**

**PREVALENCIA Y PERCEPCIONES DE LAS LIMITACIONES DE LAS
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE LA
ZONA 6 DEL ECUADOR. 2016**

AUTOR: Dr. Jorge de Jesús Buelvas Muza, Mgt.

CC # 0106999303

DIRECTORA: Dra. Sandra Victoria Abril Ulloa, PhD.

CC # 0103733481

CUENCA – ECUADOR

2017



RESUMEN

Antecedentes: Las limitaciones de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y sus efectos en la salud en los adultos mayores, constituyen un problema de salud pública.

Objetivo: Determinar la prevalencia y percepciones de las limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria y factores asociados en adultos mayores residentes en los centros geriátricos de la zona 6 del Ecuador 2016.

Materiales y Métodos: Estudio cuanti-cualitativo de tipo transversal y fenomenológico, en 158 adultos mayores, se emplearon los test de Katz, Cuestionario Internacional de Actividad Física, Minimental State Examination de Folstein, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Índice de comorbilidad de Charlson. Las variables cuantitativas fueron analizadas con estadística descriptiva y bivalente. En la fase cualitativa se realizaron 2 entrevistas y tres grupos de discusión. Los resultados se analizaron utilizando el software SPSS versión 15 y Atlas-ti.

Resultados: La prevalencia de la limitación funcional en la población estudiada fue del 54%, siendo mayor en mujeres. Los factores de riesgo asociados fueron: depresión (RP 1,691; IC (1,805-7,857) y artrosis (RP 1,805; IC (1,760-6,630), con una $p < 0,0001$. La autoevaluación (RP 0,840; IC 0,125-0,473), actividad física (RP 0,562; IC 1. 0,085-0,471), fueron factores protectores con una $p < 0.0001$.

Las percepciones en los adultos mayores estuvieron relacionadas con las pérdidas de las condiciones físicas, seres queridos y posición socio-económica.

Conclusiones: La prevalencia de la limitación funcional en los adultos mayores es alta. Los factores de riesgo asociados fueron: depresión y artrosis.

Los adultos mayores valorizan su experiencia de vida, tratan de compensar los sufrimientos y expresan gratitud hacia sus cuidadores.

PALABRAS CLAVES: LIMITACION FUNCIONAL, ADULTOS MAYORES, RESIDENTES, PERCEPCIONES



ABSTRACT

BACKGROUND: The limitations of basic activities of daily living (Basic ADLs), and their effects on health in the elderly, are a public health problem.

Objective: To determine the prevalence and perceptions of limitations in basic activities of daily living and associated factors in older adults living in the geriatric centers of zone 6 of Ecuador 2016.

Materials and Methods: A quantitative and qualitative cross-sectional and phenomenological study in 158 older adults. Katz test, International Physical Activity Questionnaire, Folstein Minimental State Examination, Yesavage Geriatric Depression Scale, and Comorbidity Index Charlson were used. Quantitative variables were analyzed using descriptive and bivariate statistics. In the qualitative phase, two interviews and three discussion groups were carried out. The results were analyzed using the software SPSS version 15 and Atlas-ti.

Results: The prevalence of functional limitation in the studied population was 54%, being higher in women. The risk factors associated were: depression (RP 1,691, CI (1,805-7,857) and osteoarthritis (RP 1,805, CI (1,760-6,630), with a $p < 0.0001$.) Self-evaluation (RP 0.840, CI 0.125-0.473), Physical activity (RP 0.562; IC 1. 0.085-0.471), were protective factors with a $p < 0.0001$.

The perceptions in the elderly were related to the losses of the physical conditions, loved ones and socio-economic position.

Conclusions: The prevalence of functional limitation in the elderly is high. The associated risk factors were depression and osteoarthritis.

Older adults value their life experience, try to compensate for their suffering, and express gratitude to their caregivers.

KEYWORDS: FUNCTIONAL LIMITATION, OLDER ADULTS, RESIDENTS, PERCEPTIONS



INDICE



.....	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	8
1. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1 ANTECEDENTES	8
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.3 JUSTIFICACIÓN	12
CAPÍTULO II	13
2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO	13
CAPÍTULO III	18
3.1 HIPÓTESIS	18
3.2 OBJETIVOS	18
CAPÍTULO IV.....	19
4. DISEÑO METODOLÓGICO	19
4.1 TIPO DE ESTUDIO	19
4.2 UNIVERSO Y/O MUESTRA	19
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	21
4.4 PROCEDIMIENTO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	21
4.3 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	25
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	26
CAPÍTULO V	28
5 RESULTADOS	28
5.1 ESTUDIO CUANTITATIVO	28
5.2 RESULTADOS CUALITATIVOS	38
5.3 DECODIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	43
CAPITULO VI.....	50
6 DISCUSIÓN.....	50
7. CONCLUSIONES	53
8 RECOMENDACIONES	55



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	64
ANEXO 1.	64
ANEXO 2	69
ANEXO 2.1	69
ANEXO 2.2	73
ANEXO 3	76
ANEXO 4	78
ANEXO 5	80
ANEXO 6	82
ANEXO 7	84
ANEXO 8	87
ANEXO 9	89
ANEXO 10	90
ANEXO 11	91



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Jorge de Jesús Buelvas Muza en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "PREVALENCIA Y PERCEPCIONES DE LAS LIMITACIONES DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE LA ZONA 6 DEL ECUADOR. 2016", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 30 de septiembre de 2017

Jorge De Jesús Buelvas Muza

C.I: 0106999303



Cláusula de Propiedad Intelectual

Jorge de Jesús Buelvas Muza, autor/a del trabajo de titulación "PREVALENCIA Y PERCEPCIONES DE LAS LIMITACIONES DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE LA ZONA 6 DEL ECUADOR. 2016", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca 30 de octubre de 2017

Jorge de Jesús Buelvas Muza

C.I: 0106999303



CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES

El envejecimiento es una situación normal, que se produce dentro de un proceso dinámico, progresivo, irreversible, complejo y variado; que afecta a diferentes órganos, de manera distinta a las personas, este comienza con la madurez y conlleva un descenso gradual de las distintas funciones biológicas, terminando con el fallecimiento ⁽¹⁾.

Entre los cambios más frecuentes se encuentran el incremento de pigmentos y sustancias grasas en el interior de la célula, debido a ello, muchas células pierden su capacidad funcional, o bien inician un proceso de funcionamiento anormal. Estas modificaciones producen en los órganos al envejecer, una pérdida de función de forma gradual y progresiva; consecuentemente, una disminución de la máxima capacidad funcional ⁽¹⁾.

“El Estado Funcional mide la capacidad del adulto mayor de desenvolverse como ser integral: mental, física y socialmente”, de ello depende, en gran medida, su calidad de vida que es un elemento crucial cuando se valoran los resultados del proceso de atención sanitaria ⁽²⁾.

Las etapas finales de la vida están determinadas por diversas circunstancias que buscan una vida saludable, por lo que el aspecto emocional, el nivel de satisfacción personal y las relaciones sociales que el adulto mayor mantenga con la sociedad, mantendrá una dimensión dinámica e integral con el proceso salud enfermedad, determinando de esta manera su calidad de vida ⁽³⁾.

De esta manera existen situaciones que pueden producir un empeoramiento de la capacidad funcional del adulto mayor: edad avanzada, acompañamiento, acondicionamiento físico, medicamentos, enfermedades, cambios de vida significativos, aumento súbito de las demandas físicas. El uso de medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ha aumentado de forma significativa en las últimas décadas, esta radica en la necesidad de obtener, mediante otro tipo de resultados que no sean los datos clínicos tradicionales, el impacto de la patología en la vida diaria del paciente ⁽³⁾.



La situación en que se encuentre una persona en cuanto a su estado general, se puede percibir de manera diferente según las circunstancias presentes. Es así como muchos de los adultos mayores pueden presentar frustración, prejuicios y cambios en las relaciones familiares consecuentes a algún grado de limitación funcional.

Es un reto para la sociedad valorar el papel que pueden jugar los adultos mayores y lograr mejorar al máximo su calidad de vida y salud, así como su participación en la sociedad.

El término frustración se aplica a las circunstancias que dan como resultado la falta de satisfacción de una necesidad o un motivo. Podemos decir, que se puede llegar a presentar en cada una de las etapas de nuestra vida ^(4,5).

Hoy en día con el comportamiento de muchas personas que no llegan a esta edad, los adultos mayores pueden percibir varios prejuicios, pudiendo observar: una actitud discriminatoria, la imposibilidad de colocarse uno mismo en proyección como adulto mayor, desconocer la vejez como realidad, confundir vejez y enfermedad, expectativas fantasiosas y tratamientos no probados para detener el paso del tiempo y tratar de conseguir “la eterna juventud”. Además, la participación de los propios profesionales de la salud sin formación gerontológica, los criterios del viejismo y el inconsciente colectivo de la sociedad, suelen ser gerontofóbica y tanatofóbica ⁽⁵⁾.

Los adultos mayores al momento de presentar algún grado de limitación funcional, pueden percibir cambios en las relaciones familiares, que está determinada por la conjunción de una serie de factores tales como el alejamiento de las relaciones personales establecidas en el trabajo (con la pérdida del rol laboral), la carencia afectiva percibida en cuanto a la relación con los hijos (nido vacío), y la escasez en lo que se refiere a las relaciones con parientes y amigos que se van dejando como consecuencia de la distancia o la muerte. Así vista, la vejez implicaría una transición negativa hacia la soledad y el desconcierto, pero nada más alejado de la realidad, para su adecuada adaptación es necesario reestructurar muchas rutinas diarias y reorientar pensamientos y comportamientos para una mejor integración y socialización en la etapa que está viviendo ⁽⁵⁾.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar que en la actualidad existen protocolos, normas y programas para la atención integral del adulto mayor realizadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) ⁽¹⁾, con énfasis en la atención de patologías en sus diferentes complicaciones, hay poca atención en la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, así como la implementación de prácticas y entornos saludables.

El fenómeno del envejecimiento es un hecho evidente en los países centroeuropeos, en donde alcanza índices de un 17%, mientras que en algunos países africanos o asiáticos los adultos mayores no alcanzan el 3-6% de la población. En España la estadística presentó un 16,8% en el año 1999, mientras que para el año 2010 alcanzó un 17,8%; estimándose que alcanzará un 30% para el 2050. ⁽²⁾.

En el último censo realizado en el Ecuador en el año 2010, se determinó que las personas de 65 años de vida o más fueron 1'229.089, que representó el 7% de la población total ⁽⁶⁾.

Uno de cada tres adultos mayores presentan algún tipo de enfermedad crónica, entre las más frecuentes están las cardiopatías isquémicas, eventos cerebro vasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes tipo 2, hipertensión arterial, deterioro cognitivo, depresión y mal nutrición ⁽⁷⁾.

La frecuencia, severidad y discapacidad provocada por las enfermedades crónicas aumenta conforme se incrementa la edad del adulto mayor. En el país, alrededor del 13% de adultos mayores reportan tener diabetes tipo 2 ^(7,8)

La Hipertensión arterial esencial o primaria afecta a la mayoría de la población senil, causando daños orgánicos importantes y aumentando el riesgo de eventos cardiovasculares ⁽⁹⁾. La EPOC representa el 6% ⁽¹⁰⁾. Cerca del 28% de la población mayor de 60 años muestra artrosis sintomática, el 80% de ellos tiene limitaciones en el movimiento ⁽¹¹⁾. A medida que aumenta la edad, la limitación funcional de los adultos mayores se ve más afectada por la mayor frecuencia de enfermedades asociadas en esta etapa de la vida ⁽¹¹⁻¹³⁾.

Las enfermedades crónicas en general influyen negativamente en las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores, lo cual genera mayor dependencia y por lo tanto requieren mayor cuidado reflejando un impacto económico y social ⁽¹⁴⁾.

No se encuentran reportados estudios que se refieran a las limitaciones funcionales en adultos mayores, ni de la percepción que tengan estos frente a su patología, aunque se



debe tener en cuenta que muchos estudios pueden estar realizados más no publicados. Esta investigación es indispensable para identificar el porcentaje de personas afectadas por esta patología más sus factores asociados ⁽¹⁵⁾.

Se observa que el adulto mayor al padecer enfermedades crónicas debilita su bienestar fisiológico: “Toda mi vida he gozado de una excelente salud, pero en estos últimos años me he enfermado y ya mi cuerpo no se siente igual”, son las expresiones de hombres mayores de 70 años; “Me preocupa la hipertensión, la toma de pastillas; yo era una mujer joven, alegre, y con esa enfermedad me veo vieja; casi no asisto a charlas, me toca cuidar a mis nietas, temo perder el atractivo que tengo con mi pareja”, por lo general estas son las expresiones de mujeres de más de 65 años ^(16 -18).

PREGUNTA: ¿Cuál es la prevalencia y percepciones de las limitaciones de las actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores residentes en los centros geriátricos de la zona 6 y su relación con factores asociados?



1.3 JUSTIFICACIÓN

Los programas dirigidos a los adultos mayores, así como los profesionales a cargo del cuidado tienen por objetivo mejorar la calidad de vida en este grupo de personas, sin embargo el proceso degenerativo natural del envejecimiento conduce a la aparición de limitaciones funcionales, las cuales pueden estar condicionadas por varias causas.

La constitución ecuatoriana nos dice que el Estado garantizará la salud a los grupos vulnerables a nivel social; entre estos se encuentran los adultos mayores, que representan el 6,7 % ⁽³⁾. Es necesario obtener información sobre vivencias que nos ayuden a diagnosticar y conocer la percepción sobre múltiples aspectos como frustraciones, prejuicios, cambios biopsicosociales, que día a día los afectan, lo cual se refleja en su calidad de vida. El impacto científico de la evaluación funcional, nos permitirá detectar, prevenir y orientar a una propuesta de atención integral en las diferentes esferas: funcional, clínica, social y cognitiva, controlando los factores de riesgo y administrando el tratamiento adecuado según el caso. Este estudio beneficiará a la población adulta mayor residente en los centro geriátricos de la zona 6 Ecuador, aportará al desarrollo de gestiones para mejorar la funcionalidad y evitar la dependencia y pueda llevar una vida independiente, activa con el menor riesgo posible.

Los resultados serán difundidos, con la finalidad que se continúe investigando sobre el tema, si es posible a nivel nacional, además estarán disponibles en la biblioteca de la Universidad de Cuenca, para que los estudiantes, profesores y personal de salud puedan hacer uso de ellos.



CAPÍTULO II

2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO

El envejecimiento de una población es el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto al total de los individuos (personas mayores de 65 años/total población), que habitualmente se expresa en forma de porcentaje ⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

En los seres humanos a medida que sobrepasan los 65 años aumenta la probabilidad que en los próximos años aparezca una limitación en la funcionalidad, presentando un proceso de disminución en el desarrollo de las funciones tales como la capacidad de ventilación, la fuerza muscular y el rendimiento cardiovascular. Entre los factores a considerar tenemos la edad y sexo; a medida que avanza la edad hay disminución de la masa muscular, de la estatura, de la densidad ósea, pérdida de fuerza muscular, fatiga muscular, disminución del gasto cardíaco, disminución del consumo de oxígeno y disminución de la movilidad articular con aumento de la rigidez de cartílagos, tendones y ligamentos. Resultan frecuentes los dolores de columna, caídas, problemas cardíacos y respiratorios propios de los adultos mayores ⁽²⁰⁻²²⁾.

Los adultos mayores ven comprometida su autoestima cuando reflexionan acerca de los cambios físicos, psicológicos y sociales que acompañan el proceso de envejecimiento. Por su causa se sienten rechazados y perciben que la valoración que la sociedad hace de ellos es negativa, quizás en función de la juvenilización de la cultura, es decir, del mayor aprecio de los valores asociados a lo juvenil por parte de la sociedad actual y del menor aprecio de la experiencia y de la sabiduría como valores propios adquiridos con los años ⁽²³⁻²⁵⁾.

Alonso et.al, en su estudio sobre percepciones del adulto mayor en un centro geriátrico de Barranquilla en el 2010, señala que "el envejecimiento se encuentra influenciado por el apoyo social, la salud y la espiritualidad, describe además que la mayoría de ancianos están satisfechos con sus logros y éxitos, que la unión familiar determina el bienestar y felicidad, por lo que se expresa percepciones positivas" ⁽²⁶⁾.

En la sociedad actual existen una serie de prejuicios sobre la vejez, como la de no tener vida productiva, no tener experiencias ni necesidades sexuales, ser inútil y dependiente. Sin embargo, la experiencia, la capacidad de relativizar las cosas, saber juzgar



objetivamente, la sabiduría procedente de la experiencia, podrían permitir a las personas mayores mantener un rol social importante ⁽²⁶⁾.

Garay en el 2009, señala en su estudio, que los adultos mayores piensan que los perciben en el ámbito social como personas no útiles y molestas, los cuales están expuestos a marginación, olvido, con pérdida de la identidad y baja autoestima ⁽²⁷⁾.

A nivel familiar la red de apoyo es de vital importancia para que los adultos mayores dispongan del respectivo sostén para desarrollar sus actividades, ya que socialmente en muchas ocasiones la familia los abandona en los centros geriátricos despojándolos así del seno familiar, aquellos se sienten olvidados, lo cual repercute en su funcionalidad cognitiva, osteo-esquelética, y empeoramiento de su comorbilidad. Finalmente de acuerdo al nivel de instrucción, el adulto mayor estará en la capacidad de mejorar sus conocimientos en relación a las actividades que realice para evitar la limitación funcional ⁽²⁸⁾.

Debemos tener en cuenta también que en la vejez existe un aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades degenerativas, en las cuales la edad avanzada constituye por sí misma un factor de riesgo y al presentarse estas patologías tienden a la incapacidad ⁽²⁸⁾.

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985, la capacidad funcional en un adulto mayor sano, es la capacidad de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para las personas de edad avanzada, por ello la OMS en 1982, propone como el indicador más representativo para este grupo etario el estado de funcionalidad ⁽¹³⁾.

El estado o “independencia funcional” es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente; cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar normalmente las actividades de la vida cotidiana, se dice que la funcionalidad está indemne ⁽²⁹⁾.

Se estima que al menos un 1% de la población mayor de 65 años está totalmente inmovilizada, un 6% padece severas limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria y hasta un 10% más presenta incapacidad moderada; dichos porcentajes se incrementan considerablemente al analizar la población por encima de los 80 años ⁽³⁰⁾

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional,



que pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual), aparecen con mayor frecuencia, las caídas que son responsables en muchos casos de la pérdida de su autonomía. Aproximadamente el 30% de las personas mayores de 65 años, independientes y autónomas, sufren una caída una vez al año. Este porcentaje, asciende hasta el 35% en los mayores de 75 años y el 50% en los mayores de 80 años ⁽³⁰⁾.

Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es la evaluación funcional, la cual provee datos objetivos que indican la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada ^(28, 31,32).

La funcionalidad incluye: Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como son: bañarse, vestirse, usar el inodoro, moverse (entrar y salir de la cama), continencia y alimentación; Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) como el uso de transporte, ir de compras, uso del teléfono, control de fármacos, y capacidad para realizar las tareas domésticas; y control de la Marcha y equilibrio⁽³³⁾.

En un estudio realizado en siete ciudades de América Latina y el Caribe: Bridgetown, Buenos Aires, Ciudad de La Habana, México Distrito Federal (DF), Montevideo, Santiago y São Paulo, se pudo observar que la dificultad de los adultos mayores para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) tiene relación con algunos factores entre los cuales están las Enfermedades no Transmisibles (ENT). En este estudio encontraron que estas limitaciones se presentó en un 13,8% en Bridgetown, 16,8% en Montevideo y de 23,7% en São Paulo; además observaron un mayor número de ENT, mayor edad, depresión, autoevaluación de la propia persona como mala, índice de masa corporal (IMC) elevado o bajo y el deterioro cognitivo asociado de manera directa a la discapacidad para realizar las ABVD ⁽⁷⁾.

El riesgo de dependencia funcional para las ABVD es mayor en adultos mayores que tienen antecedentes patológicos [OR 3,0 (IC 2,0-4,5)], los que se encuentran en centros geriátricos [OR 87,5 (IC 12,0-1789,9)], y en los que necesitan ayuda o soporte para la deambulación o desplazamiento [OR 19,4 (IC 19,8-35,1)] ⁽⁷⁾. Un estudio transversal compuesto por 94 adultos mayores de ambos géneros con edad ≥ 80 años determinó que las caídas fueron más frecuentes en aquellos adultos mayores con dependencia para las actividades de la vida diaria (19,6%), comparados con los longevos independientes; se identificó una fuerte asociación entre las caídas y la capacidad funcional ^(33,34).



En un estudio realizado en el año 2013 en la parroquia el Valle de la ciudad de Cuenca en 350 adultos mayores, la dependencia funcional se ubicó en un 39,7% con una dependencia leve del 19,7%; dependencia moderada de 10,6% y dependencia severa de un 9,4%. La dependencia funcional se asoció con mayor edad, estado civil, falta de actividad física, enfermedades como diabetes tipo 2 y osteoarticulares ⁽²⁰⁾.

Algunos autores (Aragó, 1984; Buéla-Casal, Carrasco & Fernández-Ríos, 1997; Contreras de Lehr, 1980; Dulcey-Ruiz & Uribe 2000; Fernández- Ballesteros & Maciá 1996, Fernández-Ballesteros 1998, han estudiado la potente influencia de las actitudes y de las percepciones de la realidad, sobre la valoración de las actividades básicas de la vida diaria y sus factores asociados ^(26, 28, 29).

La limitación funcional es la incapacidad de ejecutar acciones diarias de manera autónoma, con el propósito de satisfacer necesidades a nivel individual y mantener vínculos familiares y de orden social, se detecta clínicamente a través de la medición de las ABVD, expresada mediante las actividades básicas de la vida diaria (cruzar un cuarto caminando, vestirse, bañarse, comer, acostarse o pararse de la cama y usar el servicio sanitario). Todo esto se puede valorar mediante el test de Katz ⁽³⁰⁾, el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ)⁽³⁵⁾, test Minimental State Examination de Folstein (MMSE-30)⁽³⁶⁾, la escala de depresión geriátrica de Yesavage⁽³⁷⁾ , el índice de comorbilidad de Charlson ⁽³⁸⁾.

En un estudio sobre la Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor realizado en 150 pacientes de entre 65 a 95 años, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado México en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE., se encontró que en relación al grado de satisfacción con el estado actual de salud, 20 (13,3 %) participantes respondieron mucho, 55 (36,7%) bastante, 47 (31,3%) algo y 28 (18,7%) mencionaron sentirse nada satisfechos. En cuanto a los diagnósticos a los que se tuvo acceso por expediente, se reportaron los siguientes resultados: Salud objetiva: hipertensión arterial sistémica en el 22,7% y asociada con diabetes en 16,7% de los casos ⁽³⁹⁾.

En relación con la salud emocional, se encontraron cifras similares, casi el 48% tuvo problemas de tipo depresivo. En cuanto a los problemas de memoria, 40% reconoció presentarlos. Así mismo, se encontró que el 14,7% de los pacientes tuvo problemas de desorientación y olvidos. Se encontraron además dificultades en la Integración social relacionados con: la frecuencia de apoyo familiar y visitas de los familiares. Finalmente el estudio indicó sobre las Habilidades funcionales: cuando se preguntó al paciente



¿Puede valerse por sí mismo? 29,3% respondieron valerse muy bien, 46% bien y sólo 24,7% comentó valerse de manera regular ^(39,40).

Echeverri Ángel Bogotá 1994, menciona que “existen familias integradas en donde el adulto mayor ocupa un estatus importante, familias rotas que buscan la institucionalización del anciano y familias abandonantes. Esta respuesta familiar depende de muchas variables, como la historia, las amenazas externas y la dinámica que permea el sistema” ⁽⁴¹⁾.

López Cepero España 1997, resalta que “en el aspecto familiar comienza a gestarse una serie de carencias afectivas, comunicacionales y de roles. A nivel social, se resalta que el capitalismo va introduciendo nuevas culturas que, favorecidas por los medios de comunicación, permiten desarrollar nuevos hábitos y costumbres que desplazan a un segundo plano la tradición y llevan a que el adulto mayor elija un mundo diferente, buscando anclarse en su historia, su ética, su espacio” ⁽⁴²⁾.

Una de las principales causas de frustración en humanos se considera a la exclusión social, ya que implica la pérdida de refuerzo social; alguna de las experiencias más dolorosas que sufren las personas son aquellas que de alguna forma se pierden lazos sociales ⁽⁴³⁾.

El prejuicio ha sido auténticamente considerado como las actitudes derogatorias hacia una persona, debido a su riqueza o a determinada condición social, se considera una disposición intergrupala negativa, además es visto como un caso especial de actitud, en el que muchos autores han adoptado el clásico modelo triple para distinguir los componentes cognitivos, afectivos y conativos del prejuicio ⁽⁴⁴⁾.

La familia forma la institución base de la sociedad, la cual es un circuito natural para el apropiado desarrollo de sus miembros; para el adulto mayor simboliza la posibilidad de perdurar en grupo, por lo que es conveniente facilitar relaciones familiares armoniosas, lo que favorecerá a una riqueza emocional en las personas de edad avanzada. El adulto mayor puede sentirse disgustado y culpable por su dependencia y volverse enemigo del entorno que lo rodea ⁽⁴⁵⁾.



CAPÍTULO III

3.1 HIPÓTESIS

La prevalencia y percepciones (frustraciones, prejuicios y cambios en las relaciones familiares), de las limitaciones de las actividades básicas de la vida diaria, está asociada a factores como: visitas familiares, índice de masa corporal, deterioro cognitivo, depresión, actividad física, autoevaluación de su salud, comorbilidad (Hipertensión arterial, Diabetes tipo 2, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Cardiopatía isquémica, Evento cerebro vascular, Artrosis), en adultos mayores residentes en los Centros Geriátricos de la Zona 6 Ecuador ⁽⁶⁾.

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y percepciones de las limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria y factores asociados en adultos mayores residentes en los Centros Geriátricos de la Zona 6 del Ecuador 2016.

3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las características demográficas de los adultos mayores que se encuentran residentes en los Centros Geriátricos de la Zona 6.
- Determinar la prevalencia de limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria en el adulto mayor.
- Establecer la relación entre la presencia de limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria en el adulto mayor con variables como: visitas familiares, índice de masa corporal, deterioro cognitivo, depresión, actividad física, autoevaluación de su salud, comorbilidad (Hipertensión arterial, Diabetes tipo 2, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Cardiopatía isquémica, Evento cerebro vascular, Artrosis).
- Identificar las percepciones de los adultos mayores frente a: frustraciones, prejuicios y cambios en las relaciones familiares.



CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio mixto cuanti-cualitativo, de tipo transversal y fenomenológico que tuvo como objetivo conocer la prevalencia y percepciones de las limitaciones de las actividades básicas de la vida diaria y factores asociados en los adultos mayores de 65 años o más, que residen en centros geriátricos de la zona 6 del Ecuador que incluye las provincias del Azuay, Cañar y Morona Santiago, durante el periodo marzo – septiembre del año 2016.

4.2 UNIVERSO Y/O MUESTRA

El universo estuvo constituido por todos los adultos mayores de 65 años o más, que residen en centros geriátricos de la zona 6 del Ecuador.

Son 19 centros geriátricos

1 en Morona Santiago (75 adultos mayores)

4 en Cañar (119 adultos mayores)

14 en el Azuay (455 adultos mayores)

MUESTRA CUANTITATIVA

La muestra fue probabilística, aleatoria simple, su tamaño se calculó mediante la fórmula indicada para estudios transversales con población conocida:

$$N = \frac{(Nz^2)p.q}{e^2(N-1) + (z^2 \cdot p.q)}$$

Tamaño de la población: 649 adultos mayores

Para el cálculo de la muestra, se tomó en cuenta los siguientes criterios:

Nivel de confianza (z): 95 %.

Tamaño de la población: 649 adultos mayores de 65 años o más que se encontraban en los centros geriátricos residentes de la zona 6 del Ecuador.



Frecuencia esperada (p): 13,8 %, con dificultades para las ABVD, tomado como referente los datos de Bridgetown (Barbados)

Límite de confianza: 5 %

Perdidas esperables: 10%

Tamaño de la muestra: 143 más el 10% sería 158

Sacando el porcentaje de cada uno teniendo en cuenta a la población en general (649), se obtuvo el siguiente resultado:

Tabla 1. Porcentaje por provincia

Provincia	Número	Porcentaje	Muestra
Morona Santiago	75	12%	20
Cañar	119	18%	30
Azuay	455	70%	108
Total	649	100%	158

Elaboración: El autor

Muestra establecida

20 para la provincia de Morona Santiago

30 para la provincia de Cañar

108 para la provincia de Azuay

MUESTRA CUALITATIVA

Para el estudio cualitativo se realizó un muestreo intencional y por conveniencia, formando tres grupos de discusión, conformado por 6 a 8 participantes residentes y dos entrevistas a profundidad, de ambos sexos de los centros geriátricos de la zona 6 Ecuador, los mismos que fueron incluidos en la muestra cuantitativa y fue por conveniencia. Los criterios de segmentación fueron el sexo y la población a la que pertenecían. La estrategia de muestreo para los grupos focales se encuentra dentro de los estándares para recolectar suficiente información cualitativa, siguiendo el criterio de



saturación (repetición de patrones de evidencia a través de la comparación por técnicas analíticas).

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Adultos mayores de 65 años y más que se encontraban internos en los diferentes centros geriátricos residenciales de la zona 6 y previa firma del consentimiento informado o su representante.

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Adultos mayores con una discapacidad total o permanente.

4.4 PROCEDIMIENTO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.4.1 PROCEDIMIENTO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS CUANTITATIVOS

La información fue recolectada mediante un cuestionario, donde se anotaron los datos demográficos, al cual se sumaron los test validados: 1.- Katz para valorar el grado de limitación, 2.- el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ), 3.- test Minimental State Examination de Folstein (MMSE-30) para el deterioro cognitivo, 4.- la escala de depresión geriátrica de Yesavage y 5.- el índice de comorbilidad de Charlson. Se realizó el control de calidad en un estudio piloto tanto en la fase cuantitativa cuanto en la cualitativa; para una validación total de los hallazgos. En el instrumento de recolección de datos estuvieron variables de estudio relacionadas con: edad, sexo, el nivel de instrucción: se agruparon en seis categorías: primaria incompleta, primaria completa, secundaria completa, secundaria incompleta, superior completa, superior incompleta. Visitas: si recibe visitas en el centro o no. La autoevaluación de salud del adulto mayor: estuvo constituida por dos categorías: buena y mala; buena (cuando el participante evaluó su salud como excelente, muy buena o buena) y mala (cuando evaluó su salud como regular o mala).

Para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), se utilizó el índice de Katz, validado en Chile 2014 ⁽²⁹⁾. Donde según las puntuaciones: 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente; se exploró (si la persona tenía dificultad para: cruzar un cuarto caminando, vestirse, bañarse, comer, acostarse o pararse de la cama, y usar el servicio sanitario), de una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:



1. Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
2. Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
3. Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

El índice de masa corporal se determinó mediante la fórmula ($IMC = \text{Peso en Kg/Talla en m}^2$). El IMC ideal para los adultos mayores no está definido, pero en la actualidad de acuerdo al criterio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sugiere como valores de “normal” un IMC de 23-28 kg/m², “malnutrición o bajo peso” <23 kg/m² y “sobre peso u obesidad” >28 kg/m² ⁽⁸⁾. Para la toma del peso, se utilizó una báscula SECA 762 para adultos, portátil de plataforma con capacidad mínima de 150 Kg. y precisión de 100 a 200 gramos. Se instaló la báscula en una superficie plana horizontal y firme, teniendo en cuenta de no colocarla sobre alfombras ni tapetes. Se calibró la báscula antes de iniciar el procedimiento. La talla se consideró como la altura que tiene un individuo en posición vertical, desde el punto más alto de la cabeza hasta los talones en posición de firmes. Se midió en centímetros. Se utilizó el estadímetro portátil Seca 216.

La actividad física se midió con el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ) validado en Cuenca, Ecuador 2009*. Se consideró los siguientes parámetros de resultados: Baja o inactiva, Moderada, Alta.

El Deterioro Cognitivo se evaluó mediante el test Minimental State Examination de Folstein (MMSE-30), validado en Chile 2005 ⁽³⁶⁾. Teniendo en cuenta los años de escolarización en donde:

- < 18 puntos en analfabetos.
- < 21 puntos en escolaridad baja (no estudios primarios).
- < 24 puntos en escolaridad alta (estudios primarios o más) ⁽¹⁾.

Para valorar la Depresión se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage (versión abreviada de 15 preguntas). Puntuación: > 5 indica probable depresión ⁽³⁷⁾.

La comorbilidad se investigó por medio del interrogatorio y verificación en las historias clínicas de los signos, síntomas e ingesta de medicamentos relacionados con (HTA, DM2, EPOC, CI, ECV, artrosis), además se utilizó el índice de comorbilidad de Charlson ⁽³⁴⁾. En el que se consideró ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta > 3 puntos.

*Moreno GA. Valoración de la capacidad funcional y factores asociados en adultos mayores que residen en la parroquia el Valle, 2013.



4.4.2 PROCEDIMIENTO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS CUALITATIVOS.

La recolección de los datos de ésta investigación, fueron realizados por el autor, él mismo que fue capacitado en la formulación de preguntas, así como en entrevistas directas y a grupos focales.

Se recolectó la información realizando tres grupos focales (alrededor de 60 minutos cada uno) y dos entrevistas a profundidad (alrededor de 30 minutos), las mismas que fueron grabadas en audio para ser posteriormente transcritas a Word, la información sociodemográfica de los/las participantes se obtuvo durante las entrevistas, lo cual fue parte del contexto final al presentar los resultados. Una vez transcritas las entrevistas y los grupos focales se utilizó el software Atlas-ti versión 6, con lo cual se analizó el contenido, se identificaron las frases relevantes, basándose en las categorías apriorísticas determinadas en los objetivos específicos del estudio, con lo cual se fue determinando en forma inicial las subcategorías de análisis para obtener el constructo final, con lo que se contrastó los hallazgos del análisis con los datos originales, y se construyó el informe final.

El informe se expuso siguiendo la matriz de diseño metodológico, mediante decodificación, análisis e interpretación sugerido en el texto titulado: La Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, 2013 ⁽⁴⁶⁾.

Grupos focales o grupos de discusión: al tratarse de una investigación en adultos mayores, se eligió esta técnica de obtención de información para propiciar en los participantes interacción, mejor revelación de experiencias o vivencias personales y un desempeño dinámico, los relatos obtenidos permitieron explicar el fenómeno estudiado.

Cada grupo constó de 6 a 8 adultos mayores representantes de los centros geriátricos, constituido por 50% de hombres y 50% de mujeres. Se utilizó una guía semiestructurada de preguntas abiertas, evitando el uso de frases textuales, respuestas de opción múltiple o preguntas con intención de respuesta. La elaboración de la guía se basó en los conceptos y estudios analizados en forma preliminar para la estructuración del fundamento teórico de esta investigación, así como en los objetivos previamente planteados.

Se realizaron dos entrevistas piloto con lo cual se modificó el corpus textual de las mismas y se afinó el uso de técnicas de recolección de datos en estudios cualitativos (técnicas verbales y no verbales), la cual constó de las siguientes preguntas:



1. ¿Se encuentra conforme con la limitación funcional que presenta en este momento?
2. ¿Qué importancia tiene la capacidad de valerse por sí mismo dentro del centro donde se encuentra?
3. ¿Cuáles son las necesidades que presenta usted al presentar limitación?
4. ¿Tiene actividades que satisfacen sus necesidades durante el tiempo de integración con sus compañeros?
5. ¿Interviene usted en la toma de decisiones dentro del centro institucional o en su familia?.

Tras este pretest, se consideró necesaria la realización de modificaciones, concluyendo con las siguientes preguntas:

1. FRUSTRACIONES

- 1.1 ¿Qué actividad realiza ahora?
- 1.2 ¿Cómo se siente en estos momentos?

2. PREJUICIOS

- 2.1 ¿piensa que ha sido excluido del grupo familiar?
- 2.2 ¿Qué le hace sentir esa exclusión por parte de los familiares?

3. RELACIONES FAMILIARES

- 3.1 ¿Cómo sería la actitud de sus hijos si usted viviera en casa?
- 3.2 ¿Cree que su salud mejoraría si estuviera en casa?

Entrevistas: la información proporcionada de las entrevistas a profundidad, aportaron con narraciones que profundizaron el tema de investigación a la vez que contribuyeron en la confiabilidad de los resultados.

Las transcripciones de los audios se realizaron en su totalidad, incluyendo detalles, fue escrito en forma de texto, luego de lo cual fue nuevamente revisado, comparado con las grabaciones para evitar, corregir y rectificar errores de transcripción.

Se realizó la transcripción íntegra de las grabaciones, el texto fue analizado con detalle. La transcripción se realizó de manera naturalista, literal y detallada. Luego se revisaron las transcripciones con el audio con la finalidad de mejorar los textos y corregir los posibles errores. Toda la información obtenida fue incluida en el corpus textual.



En el reporte de resultados se diferenci3 por sexo de los adultos mayores y por poblaci3n en la que se encontraban seg3n los aspectos estudiados (frustraciones, prejuicios y cambios en las relaciones familiares).

CATEGORIZACION DE VARIABLES CUALITATIVAS

1.- **FRUSTRACIONES:** son las respuestas emocionales que manifestamos los seres humanos cuando se produce el fracaso de un deseo o esperanza, consiste en un sentimiento negativo y desagradable vinculado con las expectativas insatisfechas de una necesidad o motivo ⁽⁴⁷⁾. En este caso los adultos que no pueden realizar de forma aut3noma sus necesidades por el grado de limitaci3n que est3 presentando.

2.- **PREJUICIOS:** son opiniones que surgen antes de juzgar la determinaci3n de evidencias.

3.- **RELACIONES FAMILIARES:** relaci3n de comodidad y seguridad existente con los otros miembros del n3cleo familiar.

4.3 PLAN DE AN3LISIS DE DATOS

4.3.1 PLAN DE AN3LISIS DE DATOS PARA CUANTITATIVA

Procesamiento estadístico de la informaci3n

Se utiliz3 estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes, medidas de dispersi3n como promedios y desvío est3ndar, medianas y rango intercuartil de acuerdo a la normalidad de las variables.

Para buscar asociaci3n entre variables se emple3 la raz3n de prevalencia (RP), con su IC 95%, y para significancia estadística el Chi cuadrado con su valor de $p < 0,05$.

Para buscar la fuerza de la asociaci3n entre las distintas variables se realiz3 regresi3n logística bivariada, donde los grupos de corte de edad fueron: 65-74, 75-84 y 85 años y más, de acuerdo al último consenso de la Asociaci3n Internacional de Psicogeriatría ⁽⁴⁸⁾.

4.3.2 PLAN DE AN3LISIS DE DATOS CUALITATIVOS.

El an3lisis de los datos se realiz3 mediante la lectura repetida de las transcripciones, una vez introducidas en el programa Atlas Ti. Se identificaron las frases y párrafos con similar significado de acuerdo a las categorías predefinidas. El an3lisis realizado fue



de tipo mixto, en el que se incluyeron las categorías principales así como aquellas categorías que fueron surgiendo durante el análisis de los textos, las frases relevantes fueron incluidas dentro de diferentes códigos, los que se agruparon formando las diferentes subcategorías, de esta manera fue surgiendo concordancia entre categorías apriorísticas y subcategorías, obteniendo así de los y las participantes las percepciones necesarias para responder a los objetivos de este estudio

En el reporte de resultados se diferenció por sexo de los adultos mayores y por población en la que se encontraban, según los aspectos estudiados (frustraciones, prejuicios y cambios en las relaciones familiares).

La confiabilidad de los resultados obtenidos se realizó mediante la triangulación de métodos utilizando: las entrevistas a profundidad y grupos focales.

La discusión de los resultados se realizó al comparar el análisis de las categorías obtenidas, con los datos originales comprobando que se parte de las transcripciones.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

El aspecto ético de la investigación estuvo garantizado con el cumplimiento de los principios éticos de la declaración de Helsinki, a cada participante se entregó el consentimiento informado (Anexo 2), en el cual se solicitó que lea detenidamente antes de firmar, se explicó los objetivos de la investigación, se aseguró la confidencialidad de la información mediante el uso de códigos. El protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca bajo la referencia número MIS-034-16 con fecha 14 de marzo de 2016.

Para la parte cualitativa de la tesis, el código utilizado se determinó según sexo y procedencia, además al final de cada frase se colocó el número del párrafo para facilitar la discusión.

(Sexo) HOMBRE/MUJER– (provincia a la que pertenece)
AZUAY/CAÑAR/MORONA SANTIAGO.

Se garantizó la autonomía de los participantes, pudiendo retirarse en cualquier momento que considere conveniente durante las entrevistas o grupos de discusión, aún



después de haber firmado el consentimiento informado. También se indicó que no existía remuneración por los procedimientos a realizar. El estudio no provocó daño físico o moral a los participantes, ni tampoco riesgo de incomodidad al responder algunas preguntas. El riesgo se minimizó al indicar a los participantes que estaban en libertad de no responder las preguntas que les resulten incómodas.



CAPÍTULO V

5 RESULTADOS

5.1 ESTUDIO CUANTITATIVO

El presente estudio se realizó en 19 centros geriátricos de la zona 6, con la participación de 158 adultos mayores, de ambos sexos, a quienes se les aplicó un formulario validado, previa la aplicación del consentimiento informado.

Tabla 2. Características demográficas de 158 adultos mayores residentes en centros geriátricos de la zona 6 del Ecuador. 2016.

Variables	n=158 (100%)
Edad *	
65-74	5 (3,2)
75-84	88 (55,7)
85 y mas	65 (41,1)
Sexo	
Masculino	61 (38,6)
Femenino	97 (61,4)
Instrucción	
Ninguna	44 (27,8)
Primaria incompleta	49 (31,0)
Primaria completa	32 (20,3)
Secundaria	8 (5,1)
Incompleta	
Secundaria completa	13 (8,2)
Superior incompleta	3 (1,9)
Superior completa	9 (5,7)
Residencia	
Azuay	108 (68,4)
Cañar	30 (19,0)
Morona Santiago	20 (12,7)

*Edad: media 80,5, DS 9,24

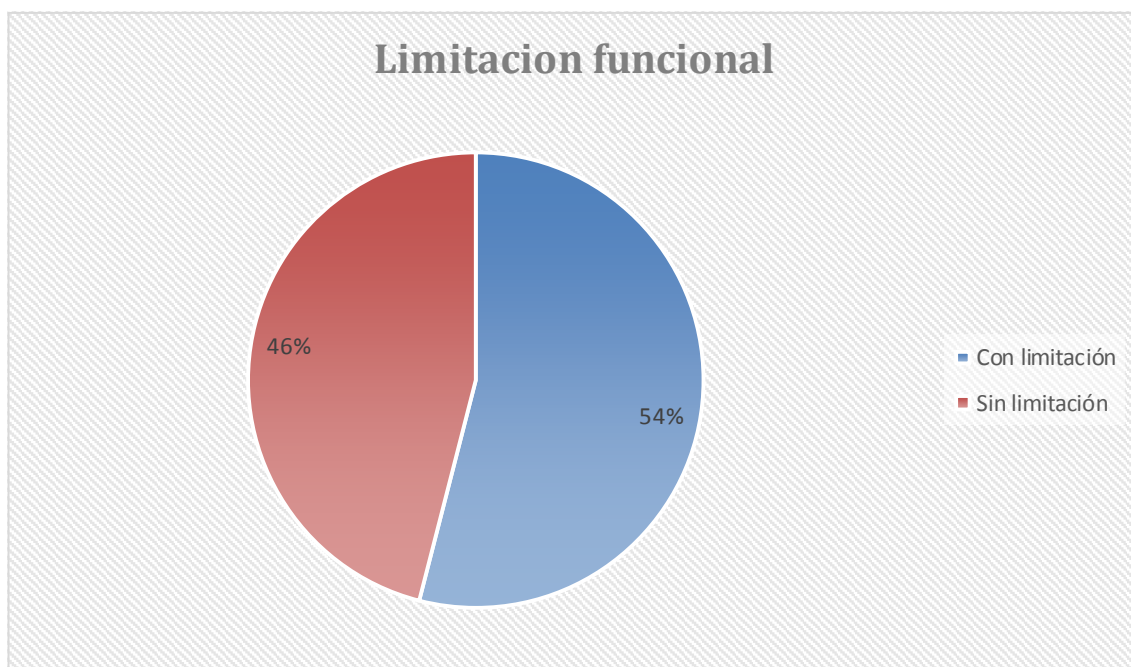
Fuente: Base de datos

Elaboración: El autor

La edad en el grupo de adultos mayores más prevalente fue de 75 a 84 años de edad (más del 50 % de los participantes), con promedio de edad de 80,5 (DS 9,24), de los cuales más de la mitad fueron de sexo femenino; con referencia a la instrucción, los de

mayor prevalencia fueron los que habían cursado hasta la primaria incompleta 6 de 10, seguidos por lo que no tenían ninguna instrucción y en menor prevalencia los de estudios superiores (1,7%) (Tabla 2).

Gráfico 1. Prevalencia de la Limitación funcional para las actividades básicas de la vida diaria, en 158 adultos mayores residentes en centros geriátricos de la zona 6 del Ecuador. 2016



Fuente: Base de datos

Elaboración: El autor

El estudio consideró como presencia de limitación funcional a la incapacidad moderada y severa, a partir de lo cual se evidenció su presencia en un 54% (gráfico1).



Tabla 3. Limitación funcional para las actividades básicas de la vida diaria en 158 adultos mayores residentes en los centros geriátricos de la zona 6 del Ecuador. 2016.

N=158 (100%)				
Incapacidad				
Edad	Ausente o leve	Moderada	Severa	Total
65-74	5(6,9%)	0(0,0%)	0(0,0%)	5(3,2%)
75-84	43(59,7%)	28(62,2%)	17(41,5%)	88(55,7%)
85 y más	24(33,3%)	17(37,8%)	24(58,5%)	65(55,7%)
Sexo				
Masculino	26(36,1%)	21(46,7%)	14(34,1%)	61(38,6%)
Femenino	46(63,9%)	24(53,3%)	27(65,9%)	97(61,4%)
Instrucción				
Ninguna	14 (19,4%)	15 (33,3%)	15 (36,6%)	44 (27,8%)
Primaria Incompleta	22 (30,6%)	19 (42,2%)	8 (19,5%)	49 (31,0%)
Primaria Completa	17 (23,6%)	9 (20,0%)	6 (14,6%)	32 (8,2%)
Secundaria Incompleta	6 (8,3%)	0 (0,0%)	2 (4,9%)	8 (5,1%)
Secundaria Completa	9 (12,5%)	0 (0,0%)	4 (9,8%)	13 (8,2%)
Superior Incompleta	6 (0,0%)	1 (2,2%)	2 (4,9%)	3 (1,9%)
Superior Completa	4 (5,6%)	1 (2,2%)	4 (9,8%)	9 (5,7%)
Residencia				
Azuay	55 (76,4%)	27 (60,0%)	26 (63,4%)	108 (68,4%)
Cañar	11 (15,3%)	11 (24,4%)	8 (19,5%)	30 (19,0%)
Morona Santiago	6 (8,3%)	7 (15,6%)	7 (17,1%)	20 (12,7%)

Fuente: Base de datos

Elaboración: El autor

Según el índice de Katz, la prevalencia de la incapacidad en el total de los participantes se presentó como ausente o leve con (45,6%), seguido de la moderada y severa con



28,5% y 25,9% respectivamente, en donde se pudo apreciar que la incapacidad leve al igual que la moderada fue más prevalente en adultos de 74 -85 años, mientras que más del 50% de los adultos de 85 años en adelante presentaron incapacidad severa.

La prevalencia de la incapacidad ausente o leve según el nivel de instrucción se presentó en 30,6% en aquellos que cursaron hasta el nivel de primaria incompleta, al igual que en la moderada con un 42,2%, mientras que la severa se presentó en los que no referían haber pasado ninguna instrucción en un 36,6%. La provincia del Azuay presentó mayor prevalencia de incapacidad en todos los grados: ausente o leve, moderada y severa, con 76,4%, 60% y 63,4% respectivamente, esta tendencia puede justificarse por que la mayoría de participantes del estudio perteneció a esta provincia (Tabla 3).

Tabla 4. Asociación entre la limitación funcional y las características demográficas en 158 adultos mayores residentes en los centros geriátricos de la zona 6 del Ecuador. 2016.

Variables		Limitación		RP	IC al 95%	P
		(moderada-severa)	(ausente - leve)			
Edad mayor a 75 años	Si	63(73,3%)	44(61,1%)	1,305	(0,889-3,415)	2,644
	No	23 (26,7%)	28(38,9%)			
Sexo	F	51(59,3%)	46(63,9%)	0,916	(0,433-1,565)	0,335
	M	35(40,7%)	26(36,1%)			
Nivel de instrucción	Hasta secundaria completa	81(94,2%)	68(94,4%)	0,978	(0,246-3,689)	0,610
	superior	5(5,8%)	4(5,6%)			
Residencia	Morona Santiago y Cañar	33(38,4%)	17(23,6%)	1,344	(1,004-4,041)	0,034
	Azuay	53(61,6%)	55(76,4%)			

Fuente: Base de datos

Elaboración: El autor

De las variables demográficas estudiadas, la limitación funcional se asoció con la residencia se los adultos mayores con una RP: 1,3 IC95% (1,004 – 4,041) con valor de $p = 0,034$; si bien la edad estuvo asociada, pero no de forma significativa (tabla 4).



Tabla 5. Asociación entre la limitación funcional y los factores de riesgo en 158 adultos mayores residentes en centros geriátricos de la zona 6 del Ecuador. 2016.

Factores de riesgo		Limitación		RP	IC al 95%	P
		(moderada-severa)	(ausente-leve)			
Visitas familiares	No	62(72,1%)	50(69,4%)	1,163	(0,709-2,829)	0,977
	Si	24(27,9%)	22(30,6%)			
IMC	Bajo peso-malnutrición	30(34,9%)	25(34,7%)	1,004	(0,521-1,943)	0,558
	Sobrepeso-obesidad					
	Normal	56(65,3%)	47(65,3%)			
Deterioro cognitivo	Si	31(36,0%)	19(26,4%)	1,217	(0,793-3,117)	0,129
	No	55(64,0%)	53(73,6%)			
Depresión	Si	39(45,3%)	13(18,1%)	1,691	(1,805-7,857)	0,0001
	No	47(54,7%)	59(81,9%)			
Actividad física	No	53(61,6%)	64(88,9%)	0,562	(0,085-0,471)	0,0001
	Si	33(38,4%)	8(11,1%)			
Autoevaluación de la propia salud del adulto	Mala	27(31,4%)	47(65,3%)	0,480	(0,125-0,473)	0,0001
	Buena	59(68,6%)	25(34,7%)			
Comorbilidad	Si	77(89,5%)	51(70,8%)	2,005	(1,494-8,302)	0,001
	No	9(10,5%)	21(29,2%)			

Fuente: Base de datos

Elaboración: El autor



La limitación funcional para las actividades básicas de la vida diaria se asoció significativamente a: depresión con un RP: 1,691 IC 95% (0,085- 0,471) $p= 0,0001$ y comorbilidades las que presentaron RP: 2,005 IC 95% (1,494 – 8,302) $p= 0,0001$, mientras que visita de familiares, IMC, deterioro cognitivo, no presentaron asociación significativa. Por otro lado la autoevaluación del adulto mayor sobre su propia salud y la actividad física presentó un efecto protector de manera estadísticamente significativa con valores de RP 0,480 IC al 95% (0,125-0,473) $p= 0,0001$ y RP 0,562 IC al 95%(0,085-0,471) $p= 0,0001$ respectivamente (tabla 5).

Tabla 6. Asociación entre la limitación funcional y las comorbilidades en 158 adultos mayores residentes en centros geriátricos de la zona 6 del Ecuador. 2016.

Comorbilidades		Limitación		RP	IC al 95%	P
		(moderada-severa)	(ausente-leve)			
HTA	Si	47(54,7%)	36(50,0%)	1,093	(0,643-2,259)	0,336
	No	39(45,3%)	36(50,0%)			
DM	Si	12(14,0%)	8(11,1%)	1,118	(0,499-3,371)	0,386
	No	74(86,0%)	64(88,9%)			
EPOC	Si	7(8,1%)	4(5,6%)	1,184	(0,422-5,366)	0,377
	No	79(91,9%)	68(94,4%)			
CI	Si	3(3,5%)	2(2,8%)	1,106	(0,205-7,786)	0,583
	No	83(96,5%)	70(97,2%)			
ECV	Si	8(9,3%)	3(4,2%)	1,370	(0,601-9,245)	0,171
	No	78(90,7%)	69(95,8%)			
Artrosis	Si	62(72,1%)	31(43,1%)	1,805	(1,760-6,630)	0,0001
	No	24(27,9%)	41(56,9%)			

Fuente: Base de datos

Elaboración: El autor

La comorbilidad que se encontró asociada estadísticamente significativa con la limitación funcional para las actividades básicas de la vida diaria fue la artrosis RP 1,8



IC 95% (1,760 – 6,630) con valor de $p < 0,0001$; mientras que la hipertensión, la diabetes, la EPOC, la cardiopatía isquémica, el ECV, no presentaron asociación significativa (tabla 6).

Tabla 7. Modelo de Regresión Logística bivariada según factores de riesgo, comorbilidades y posibilidad de producir limitación funcional en 158 adultos mayores residentes en centros geriátricos de la zona 6 del Ecuador. 2016.

	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Edad	-,368	,450	,669	1	,413	,692	,287	1,671
Sexo	,617	,425	2,112	1	,146	1,854	,806	4,261
Nivel instrucción	-,544	,824	,436	1	,509	,580	,115	2,919
Residencia	-,259	,515	,253	1	,615	,772	,281	2,118
Visitas	,278	,433	,414	1	,520	1,321	,566	3,084
IMC	-,257	,468	,303	1	,582	,773	,309	1,934
Deterioro	,043	,473	,008	1	,928	1,044	,413	2,639
Depresión	1,483	,483	9,433	1	,001	4,404	1,710	11,344
Actividad física	-,991	,523	3,583	1	,058	,371	,133	1,036
Autoevaluación	-,809	,442	3,353	1	,067	,445	,187	1,059
HTA	-,291	,420	,479	1	,489	,748	,329	1,702
DT2	,050	,578	,008	1	,931	1,052	,339	3,266
EPOC	,279	,784	,126	1	,722	1,322	,284	6,150
CI	-,178	1,283	,019	1	,890	,837	,068	10,340
ECV	-,321	,845	,144	1	,704	,725	,138	3,802
Artrosis	1,324	,433	9,347	1	,001	3,757	1,608	8,779

Fuente: Base de datos

Elaboración: El autor.



En el modelo de regresión logística se analizó la limitación funcional por edad, sexo, residencia, factores asociados y comorbilidades, para saber si la presencia de estas podría aumentar la posibilidad de producir la limitación. Los resultados nos indicaron que los adultos mayores que presentaron depresión tuvieron 4,4 veces más riesgo de presentar limitación funcional y los que presentaron artrosis tuvieron 3,7 veces más riesgo de presentar limitación funcional que los adultos mayores que no presentan estas comorbilidades (tabla 7).

A los resultados de la regresión se aplicó la prueba de Hosmer y Lemeshow con valor de 0,477; así como la prueba ómnibus de coeficientes de modelo con valor < de 0,001, señalando de esta manera una adecuada predicción (anexo 10).

5.2 RESULTADOS CUALITATIVOS

Análisis de la palabra y el comportamiento.

Esta investigación se complementa con la metodología cualitativa empleada, introduciendo una nueva perspectiva en el diseño de indicadores sobre el buen vivir, la cual es necesaria al momento de afrontar constructos que son tan complejos y con múltiples diferencias como la calidad de vida.

5.2.1 FRUSTRACIONES

5.2.1.1 ADULTO NO PRODUCTIVO.

Los adultos mayores describieron sus vivencias señalando de manera explícita la disconformidad que sienten al no realizar las actividades que normalmente desempeñaban, describiendo experiencias de inutilidad, así se señala: *“.....siempre he trabajado reparando zapatos y ahora ya no hago nada, me siento inútil” (H-A). “ya no soy útil igual que antes” (M-A). “.....lo único que puedo hacer, es estarme tranquilo, porque ya no puedo hacer como antes, que trabajaba y hacia las cosas” (H-MS). 1*

“.....Yo trabajaba en el campo al machete, luego de lo que yo me caí del carro que estaba embarcando carbón para Cuenca, hace tiempo mis hermanos viven de Cochancay para acá, pero estos sinvergüenzas no me vienen a ver están cogiendo la mazorca que mi madre les dejó” (H-C). “.....Bueno yo aquí no hago nada, salgo a caminar yo trabajaba en el campo ahí tenía con mi mujer animalitos y los cuidábamos, mis hijos se fueron a la “Yony” y nos quedamos solos, luego murió mi mujercita, ya no había quien me cuide y pasaba solo enfermo” (HA). 2

“.....De guambra trabajaba bastante, desde el accidente ya mis hijos me ayudaban, ya no era igual bajó el trabajito, después me enfermé de los huesos y ahí si ya no podía hacer nada” (MA). “.....quisiera estar en la agricultura, sembrar y comer de mi sembrío, pero como no se puede, acá estoy sentada esperando me den algo de comer (MA). “.....yo siempre estaba en la casa, cocinaba me gustaba hacer sopitas de fideos, desde que estoy aquí solo camino” (MA). “.....yo trabajaba de carpintero, ahora desde hace ya unos años ya no hago nada porque tuve un accidente con la amoladora” (HA). “.....ya no se está conforme con nuestra suerte se puede decir (HMS). 3



5.2.1.2 DEPENDENCIA.

Las enfermedades pueden influir en la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y, por tanto, en el nivel de dependencia funcional. *“.....Tengo que estar tranquilo porque ya no puedo hacer como antes pué, estoy tranquilo ahora porque ya se acabó toda la juventud con que trabajaba, ahorita ya toca compartir” (HMS). “.....Me vine porque en la casa me sentí bien mal y sufrían mucho mis hijos, yo dije si me reciben en el asilo yo me voy voluntario, hay, hay me acompañaron mis hijas ya acá, yyyyyy claro ya no puedo trabajar” (MMS). “.....si hoy fuera a vivir sola una persona mayor ya no puede valerse por sí sola, necesita de otra persona y si no tengo, que voy a hacer, no entonces estoy aquí tranquila (MMS). “.....Yo le puedo decir yo no puedo comer, ahora mismo mire cómo está el ojo, ellos peinando me hicieron así, yo me queje, me dieron hasta un chirlazo yo me queje que casi me pelan el ojo, eso nomas yo sufro porque yo vivo solita” (MMS). 4*

Los entrevistados manifiestan, la intranquilidad que sienten, al no poder realizar actividades que anteriormente realizaban en forma sistemática, de ésta manera se relata: *“.....quisiera estar en la agricultura, sembrar y comer de mi sembrío, pero como no se puede, acá estoy sentada esperando me den algo de comer” (M-A). “.....a mí me vinieron a dejar mis familiares porque yo me enfermé de la vista y no había quien me cuide” (HC). “.....Yo trabajaba en la casa haciendo cosas de la casa y aquí como no puedo hacer nada porque no tengo mis cosas como en la casa, entonces estoy acá sentada porque se me hace difícil caminar mucho, es que yo estoy enferma viera y me siento muy inútil (MA). 5*

5.2.1.3 TRISTEZA.

Los adultos mayores deben enfrentar muchos cambios sociales, independencia y separación de los hijos y pérdidas familiares, lo que implican desajustes emocionales y psicológicos que pueden llevar a pérdida del entusiasmo de vivir, de esta manera muchos entrevistados señalaron *“.....a veces no me gusta lo que me dan de comer, por eso quisiera volver a cocinar en mi casa, pero a veces ya me pongo muy mala y ya quisiera morirme, ya no sirvo para nada, a veces nadie me viene a ver. (Lloro)” (MA). “.....ya no es lo mismo que estar en mi casa y hacer mis cositas en la máquina que tenía, mi hija dice que ahí me tienen guardada la máquina pero no creo ya han de ver vendido, solo que no me dicen nada para no hacerme sufrir, cuando mis hijas me cuidaban ellas me escondían la máquina porque ya no querían que haga nada y decían que descanse pero ya me aburría, no les decía nada para que no se molesten” (MA). “.....Inútil, porque aquí ya no tengo los amigos que llegaban a mi taller, algunos ya murieron pero otros iban todos los días para conversar, además mis nietos me acompañaban” (HA). 6*



“....me siento apenado, yo quiero irme a Ambato quiero ir a ver a mi padre que allá murió, allá se casó con una jibara y voy allá y vengo trayendo cualquier pobreza y estoy contento aquí, pero siempre no me faltan los contratiempos que me vienen” (HC).
“.....ver como sufren esos más antiguos que están aquí también hacen triste a uno” (HMS).
“.....eso es feo de ver todos los otritos más malos que uno y uno que va decayendo cada día más y más en vez de componerse así, da tristeza de mi parte” (HMS).
“.....Si me siento triste porque tengo que esperar la caridad y si no median tengo que estar sin comer” (MMS). 7

5.2.2 PREJUICIOS

5.2.2.1 ENFERMEDAD

El adulto mayor es considerado como una persona frágil, al ser más susceptible frente a la enfermedad o a la discapacidad, es así como muchos entrevistados expresaron:
“.....me gustaría estar con mi familia y poder hacer lo que hacía antes, pero con estas molestias viera no puedo ni moverme a veces porque me duele todo el cuerpo, pero si estoy tranquila” (MMS).
“Yo sufro porque me duele el cuerpo, me duele... tengo un dolor de aquí de este seno, parece que estoy yo sufriendo también el corazón” (MMS).
“Ahora duele pues todo el cuerpo y comezón y dolor de cabeza y de ahí poco a poco temblando y la comezón de cuerpo tengo vuelta” (MMS).
“.....me vine porque en la casa me sentí bien mal y sufrían mucho mis hijos, yo dije si me reciben en el asilo yo me voy voluntario, hay, hay me acompañaron mis hijas ya acá, yyyyyy claro ya no puedo trabajar” (HMS).

8

5.2.2.2 DISCAPACIDAD

Al perder sustancialmente su actividad funcional, los adultos mayores presentan discapacidad, de manera que se limita o se impide su desempeño en las actividades de la vida diaria, de ésta manera muchos destacaron: *“.....pero como ahora así tengo dolor del pie que no me deja andar (HMS).*
“.....ya no puedo hacer las cosas como antes que trabajaba, tengo dolor del pie que no me deja andar” (MA). 9

5.2.3 RELACIONES FAMILIARES

5.2.3.1 BIENESTAR



Muchos adultos mayores desarrollan diferentes actitudes frente al proceso de envejecimiento el mismo que es determinado por sus diferentes tipos de carácter de esta manera se expresó: *“.....yo me siento aquí más tranquilo porque veo como atienden a los más decaídos que pasan aquí (HMS). “.....en la familia no me pueden atender como aquí me atienden ellos tienen sus trabajos ellos también (HMS). “A mi realmente me da igual creo que estaría igual como estoy ahora es más me siento bien cuidado y sin necesidad de ellos gracias a taita diosito. (HA) 10*

5.2.3.2 SEGURIDAD

La personalidad del adulto mayor residente puede generar estabilidad frente a la presencia de seguridad, es así como muchos entrevistados señalaron: *“.....mal pero mientras haya alguien que me cuide así no trabaje estoy bien, me da miedo morir solo” (HA). “.....tengo tantas molestias doctor que en verdad no me da ganas de hacer nada me siento enfermo por estar encerrado” (HA). “.....yo me siento bien, tranquila, me siento, en paz, me siento bien” (MMS). “.....ahorita me siento bien aquí (HC). “.....aquí a nosotros no nos cobran, no nos mezquinan, un bocado de comida es la misma cosa para todos, perdón si comemos tierra u ojos comemos todos por en eso no hay distinción (MMS). 11*

5.2.3.3 COMPORTAMIENTO DE LOS FAMILIARES

La visita familiar al adulto mayor residente en centros geriátricos, promueve una adecuada perspectiva en la evaluación de su propia salud como se describe en las siguientes frases: *“.....yo estaba bastante mal, avise a mi hijo y me trajeron al asilo, aquí me atienden mejor que en mi casa y como prácticamente me sacaron de mi casa” (MA). “.....yo no he sido separado lo que si ya no pude caminar y yo me quede por aquí, me trajeron cuando me dio la enfermedad, yo soy de Azogues ya me enfermé y tuve que venir aquí” (HC). “.....yo me vine voluntario y mis hijos me acompañaron y me visitan así cuando pueden cada semana viene una hija o viene la otra, ya cuando están ocupados ya no es culpa de ellos, si me visitan” (HMS). “.....Los hermanos son muy buenos, pero lejos, ya cerca son diferente en la misma casa (MMS). “.....la relación ya no sería la misma (MMS). “.....toditos se van a vivir lejos y no hay como pasar (HMS). 12*

“.....mis hijas dijeron si no se enseña le vamos a volver a traer a la casa así dijeron y por eso yo estoy tranquilo (HMS). “.....yo pienso que desde lejos estamos todos mejor



porque al estar juntas muchas veces es por interés y pienso que no sería la misma relación entre todos (HA). “.....ellos viven con sus esposas y esposos y entonces las nueras pueden tener alguna incomodidad con la presencia mía. (MA). “.....Se encontrarían contentos porque en primer lugar desde el momento en que vine al asilo vine por mis hijos que ellos me vinieron trayendo, (HMS). “.....Yo ya no tengo hermano, ya se murieron, mis hijos no sé, no hay como, no hay como distinguir, como cada cual tiene su manera de pensar. (HMS) 13

“.....Dudaría la verdad porque cuando uno tiene sus cuatro cositas reales son ñañaña linda yo te quiero y cuando uno no tiene nada allí, lo miran, lo miran de ladito nada mas (MMS). “.....me dejaron y no me visitan, como ya no puedo trabajar como antes (HA). “.....yo pienso que desde lejos estamos todos mejor porque al estar juntas muchas veces es por interés y pienso que no sería la misma relación entre todos” (MA). “.....a veces no depende de nosotros, sino de los familiares y por mucho que uno quisiera ellos son los que deberían demostrar amor por uno visitando y llevando uno a la casa con los cuidados posible, pero como dicen que no pueden por el trabajo hay que resignarse” (MA). 14

“.....el comportamiento de los familiares cuando estamos cerca es muy diferente y además no tienen tiempo por eso fue que me trajeron acá” (HA). “.....cuando a uno lo dejan abandonado sin visitas y regresa a su casa por cualquier cosa el comportamiento ya no es el mismo por eso creo que no mejoraría mi salud” (HA). “.....no mejoraría mi salud, mejor de estar aquí que en mi casa (HMS). “.....estuviera cuidada por familiares aunque no me puedo quejar acá me atienden muy bien y hasta mejor si es posible, pero si hace falta el calorcito de hogar” (MA). “.....de mi parte no creo porque los médicos que yo me he hecho curar me dicen que no hay remedio para esa enfermedad” (MMS).

15



5.3 DECODIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

INTERPRETACIÓN CUALITATIVA

Párrafos	Categorías	Usos de las categorías en investigación	Códigos	Significado para la investigación (Discusión)
1,2,3	FRUSTRACIONES: Adulto no productivo Envejecimiento productivo. Debe entenderse como "la capacidad de un individuo o una población para servir en la fuerza de trabajo remunerada, en actividades de voluntariado, ayudar en la familia y/o mantenerse independiente tanto como sea posible". "cualquier actividad realizada por una persona mayor que produce bienes o servicios, sea remunerada o no, o desarrolle capacidades para producirlos" ⁽⁴⁹⁾ .	<i>".....siempre he trabajado reparando zapatos y ahora ya no hago nada me siento inútil"</i> (H-A). <i>"ya no soy útil igual que antes"</i> (M-A). <i>".....lo único que puedo hacer, es estar tranquilo, porque ya no puedo hacer como antes, que trabajaba y hacia las cosas"</i> (H-MS). <i>".....Bueno yo aquí no hago nada, salgo a caminar yo trabajaba en el campo ahí tenía con mi mujer animalitos y los cuidábamos, mis hijos se fueron a la "Yony" y nos quedamos solos, luego murió mi mujercita, ya no había quien me cuide y pasaba solo enfermo"</i> (H-A). <i>".....ya no es lo mismo que estar en mi casa y hacer mis cositas en la máquina que tenía, mi hija dice que ahí me tienen guardada la máquina pero no creo ya han de ver vendido, solo que no me dicen nada para no hacerme sufrir, cuando mis hijas me cuidaban ellas me escondían la máquina porque ya no querían que haga nada y decían que descansen pero ya me aburría, no les decía nada para que no se molesten"</i> (M-A). <i>".....De guambra trabajaba bastante desde el accidente ya mis hijos me ayudaban, ya no era igual bajó el trabajo, después me enfermé de los huesos y ahí si ya no podía hacer nada"</i> (M-A). <i>".....yo siempre estaba en casa, cocinaba me gustaba hacer sopitas de fideos, desde que estoy aquí solo camino"</i> (M-A). <i>".....yo trabajaba de carpintero, ahora desde hace ya unos años ya no hago nada porque tuve un accidente con la</i>	(H-A) (M-A). (H-MS). (H-A) (M-A) (M-A) (M-A) (H-A)	A nivel cultural, ha sobresalido una visión de la vejez que tiende a equiparar a los adultos mayores como un grupo de la población aparentemente homogéneo que se caracteriza por la falta de actividad, no producción y que es dependiente. En nuestra sociedad la falta de reconocimiento de las actividades productivas realizadas por los adultos mayores en parte se debe a que se cree de manera casi general que el trabajo y la vejez son condiciones contrapuestas o laboriosamente compatibles. Los adultos mayores agilizan la búsqueda de atención cuando su condición integral (principalmente física, sean estas productivas o no), ha cambiado, construyendo relación estrecha entre salud y capacidad de funcionamiento, como señala Gómez el 2004 ⁽⁵⁰⁾ . Miralles 2011, habla sobre el modelo cultural que impera entre nosotros y comenta que es simplista, que imagina el desarrollo de la vida en términos de comienzo, plenitud y decadencia lo que nos lleva al abandono del menos productivo ⁽⁴⁹⁾ . A su vez la sociedad tampoco se ha interesado por preparar al adulto mayor, es poco

		amoladora" (H-A).		<p>rentable, el adulto mayor es un ente muy lento para el proceso de producir incluso a veces puede producir pérdidas las cuales la sociedad y la familia no está dispuesta a aceptar.</p> <p>Vivir en un recinto geriátrico se asocia habitualmente con la pérdida de libertad, el menosprecio por parte de los hijos, abandono y exclusión que son sentidos con tristeza por los adultos mayores, así mismo comenta Millares cuando se expresa sobre la contribución de las personas mayores desde la cotidianidad.</p>
4,5	<p>FRUSTRACIONES: Dependencia</p> <p>Puede entenderse como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal, este déficit comporta una limitación en la actividad, la que provoca una restricción que se concreta en la dependencia y por tanto en la necesidad de ayuda para realizar las ABVD ⁽⁵¹⁾.</p>	<p><i>".....Tengo que estar tranquilo porque ya no puedo hacer como antes pué, estoy tranquilo ahora porque ya se acabó toda la juventud con que trabajaba, ahorita ya toca compartir" (HMS).</i></p> <p><i>".....Me vine porque en la casa me sentí bien mal y sufrían mucho mis hijos, yo dije si me reciben en el asilo yo me voy voluntario, hay, hay me acompañaron mis hijas ya acá, yyyyy claro ya no puedo trabajar" (M-MS).</i></p> <p><i>".....si hoy fuera a vivir sola una persona mayor ya no puede valerse por sí sola, necesita de otra persona y si no tengo, que voy a hacer, no entonces estoy aquí tranquila (M-MS).</i></p> <p><i>".....Yo le puedo decir yo no puedo comer, ahora mismo mire cómo está el ojo, ellos peinando me hicieron así, yo me queje, me dieron hasta un chirlazo yo me queje que casi me pelan el ojo, eso nomas yo sufro porque yo vivo solita" (M-MS).</i></p> <p><i>".....quisiera estar en la agricultura, sembrar y comer de mi sembrío, pero como no se puede, acá estoy sentada esperando me den algo de comer" (M-A).</i></p> <p><i>".....a mí me vinieron a dejar mis familiares porque yo me enfermé de la vista y no había</i></p>	<p>(H-MS)</p> <p>(M-MS)</p> <p>(M-MS)</p> <p>(M-MS)</p> <p>(M-A)</p> <p>(H-C)</p> <p>(H-MS)</p>	<p>La dependencia conduce a la pérdida de autonomía en los adultos mayores, surgiendo la necesidad de cuidados y ayuda por parte de otras personas con la finalidad de satisfacer las demandas.</p> <p>Una característica muy particular de la familia es el no tener un espacio físico, psicológico, emocional para el adulto mayor.</p> <p>El adulto mayor va sintiendo que es un estorbo y producto de ello muchas veces desea irse a un hogar de ancianos, porque, hay más gente de su edad con quienes puede relacionarse.</p> <p>Como consecuencia de la limitación funcional este grupo etario se ve en la necesidad de enfrentarse a una serie de cambios que tarde o temprano repercuten en el estado emocional y en la satisfacción con la</p>

		<p>quien me cuide" (H-C).</p> <p>".....Yo trabajaba en la casa haciendo cosas de la casa y aquí como no puedo hacer nada porque no tengo mis cosas como en la casa, entonces estoy acá sentada porque se me hace difícil caminar mucho, es que yo estoy enferma viera y me siento muy inútil (M-A).</p>		<p>vida, como lo expresa Rodríguez en su estudio sobre dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas.</p> <p>En la mayoría de los lugares ha perdido vigor la antigua familia extensa, la familia de la casa grande, patriarcal, en la que compartían naturalmente abuelos, padres e hijos. El abuelo, el "adulto mayor", era figura importante en esa transmisión de cultura, y él se sentía importante y cumplía un rol que era irremplazable.</p> <p>En el tipo de sociedad imperante se hace cada vez más difícil la vida familiar de convivencia trigeracional; el modelo de familia que se nos presenta en los atractivos anuncios publicitarios suele estar representado por una linda joven pareja, un pequeño hijo muy bonito, y el perro No aparece el abuelo o adulto mayor en este cuadro, Rodríguez 2014⁽⁵²⁾.</p>
6,7	<p>FRUSTRACIONES:</p> <p>Tristeza</p> <p>La tristeza es una emoción caracterizada por sentimientos de melancolía, de pérdida y de aflicción prolongada ⁽⁵³⁾.</p>	<p>".....a veces no me gusta lo que me dan de comer, por eso quisiera volver a cocinar en mi casa, pero a veces ya me pongo muy mala y ya quisiera morirme, ya no sirvo para nada, a veces nadie me viene a ver. (Lloro)" (MA).</p> <p>".....ya no es lo mismo que estar en mi casa y hacer mis cositas en la máquina que tenía, mi hija dice que ahí me tienen guardada la máquina pero no creo ya han de ver vendido, solo que no me dicen nada para no hacerme sufrir, cuando mis hijas me cuidaban ellas me escondían la máquina porque ya no querían que haga nada y decían que descansen pero ya me aburría, no les decía nada para que no se molesten".</p>	<p>(M-A)</p> <p>(M-A)</p> <p>(H-A)</p>	<p>Los adultos mayores expresan como se van transformando sus emociones, al observar que ya ellos y muchos de sus compañeros no pueden realizar las actividades de costumbre, quedando así solo con recuerdos de lo vivido y resignación de su estado actual, lo que preocupa es que estos cambios podrían ser marcados como de normalidad en el envejecimiento.</p> <p>En el adulto mayor el significado personal de la tristeza está dado por</p>

		<p>“.....Inútil, porque aquí ya no tengo los amigos que llegaban a mi taller, algunos ya murieron pero otros iban todos los días para conversar, además mis nietos me acompañaban”.</p> <p>“.....me siento apenado, yo quiero irme a Ambato quiero ir a ver a mi padre que allá murió, ella se casó con una jibara y voy allá y vengo trayendo cualquier pobreza y estoy contento aquí, pero siempre no me faltan los contratiempos que me vienen”.</p> <p>“.....ver como sufren esos más antiguos que están aquí también hacen triste a uno”.</p> <p>“.....eso es feo de ver todos los otritos más malos que uno y uno que va decayendo cada día más y más en vez de componerse, así da tristeza de mi parte”.</p>	<p>(M-MS)</p> <p>(H-MS)</p> <p>(H-MS)</p>	<p>la pérdida en la vejez que van, desde la pérdida de la salud, la pérdida de los seres queridos, o bien la pérdida de un estatus o posición social que otorga identidad, Jürschik 2013 ⁽⁵³⁾.</p> <p>Las emociones insatisfechas parecen dominar en la experiencia de vida de los adultos mayores, es lo que predomina en el imaginario social y en los discursos que giran alrededor de esta etapa del ciclo vital.</p> <p>El miedo a la muerte, surge con mayor peso cuando sus condiciones físicas se tornan vulnerables, cuando tienen la certeza que el ciclo de vida está por concluir.</p>
8	<p>PREJUICIOS: Enfermedad</p> <p>Es una dolencia personal y también una construcción social y cultural ya que cada sujeto vive la enfermedad según sus características individuales y la construcción sociocultural particular del padecimiento, siendo su comportamiento para el cuidado o recuperación de su salud, singular y dinámico ⁽⁵⁴⁾.</p>	<p>“.....me gustaría estar con mi familia y poder hacer lo que hacía antes, pero con estas molestias viera no puedo ni moverme a veces porque me duele todo el cuerpo, pero si estoy tranquila”.</p>	(H-C)	<p>Muchas veces prefieren quedarse en su hogar de antaño (solo) recordando cuando sus hijos eran chicos y estaba su pareja, como el tratar de vivir sus últimos años con los recuerdos que le hicieron vivir épocas maravillosas y que según su esquema no volverá a sentir nada parecido, esto lo lleva al abandono una especie de auto exilio produciendo una serie de deterioros al adulto mayor, Sacchi 2007⁽⁵⁴⁾</p>
9	<p>PREJUICIOS: Discapacidad</p> <p>Se le define como estar ligado a otras personas por estados de falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual requieren ayuda para</p>	<p>“.....pero como ahora así tengo dolor del pie que no me deja andar” (HMS).</p> <p>“.....ya no puedo hacer las cosas como antes que trabajaba, tengo dolor del pie que no me deja andar” (MA).</p>	<p>(H-MS)</p> <p>(M-A)</p>	<p>El incremento en la expectativa de vida de los adultos mayores sumado a un estilo de vida no saludable conlleva a un incremento en la incapacidad que puede terminar en la dependencia severa, esto conlleva a la necesidad de instrucción a cuidadores en la</p>



	realizar actividades de la vida diaria ⁽⁵⁵⁾ .			<p>dirección de los diferentes comportamientos, como lo señala Megret 2002, cuando habla sobre la educación a familiares en el manejo de adulto mayor dependiente y Ocampo en el 2004 sobre la adecuada relación familiar en la vejez. ^(56,57).</p> <p>Una de las principales quejas de los adultos mayores son las dolencias que presentan y están consientes que tarde o temprano les acarrear a inactividad.</p>
10	<p>RELACIONES FAMILIARES Bienestar</p> <p>Estado de la persona cuyas condiciones físicas y mentales le proporcionan un sentimiento de satisfacción y tranquilidad ⁽⁵⁷⁾.</p>	<p>“.....yo me siento aquí más tranquilo porque veo como atienden a los más decaídos que pasan aquí (HMS).</p> <p>“.....en la familia no me pueden atender como aquí me atienden ellos tienen sus trabajos ellos también (HMS).</p> <p>“A mi realmente me da igual creo que estaría igual como estoy ahora es más me siento bien cuidado y sin necesidad de ellos gracias a taita diosito. (HA)</p>	<p>(H-MS)</p> <p>(H-MS)</p> <p>(H-A)</p>	<p>Para los adultos mayores una adecuada relación familiar constituye la mejor garantía para el bienestar físico y espiritual, donde estar integrado a la familia y a la comunidad, promueve un sentimiento positivo con la vida.</p> <p>Los adultos mayores, aún y cuando sus condiciones son de vulnerabilidad física y de aislamiento social mantienen el sentimiento de esperanza y fe. Estos sentimientos tienen arraigo en sus creencias religiosas o espirituales que mantienen a lo largo de sus vidas, como lo comenta Gómez en el documento influencia de algunas variables en relaciones familiares del adulto mayor 2005 ⁽⁵⁰⁾.</p>
11	<p>RELACIONES FAMILIARES:</p> <p>Seguridad de Situación de tranquilidad pública y de libre ejercicio de los derechos individuales, cuya protección efectiva se encomienda a las fuerzas de orden público ⁽⁵⁸⁾.</p>	<p>“.....mal pero mientras haya alguien que me cuide así no trabajo estoy bien, me da miedo morir solo” (HA).</p> <p>“.....tengo tantas molestias doctor que en verdad no me da ganas de hacer nada me siento enfermo por estar encerrado” (HA).</p> <p>“.....Como se siente lejos de su familia? Yo me siento bien, tranquila, me siento, en paz, me siento bien” (MMS).</p>	<p>(H-A)</p> <p>(H-A)</p> <p>(M-MS)</p> <p>(H-C)</p>	<p>Para el adulto mayor una propicia relación familiar simboliza la posibilidad de permanecer en grupo y sentirse seguros y respaldados en todas las circunstancias, Cardona-Arango 2008 ⁽⁵⁸⁾.</p>

		<p>ahorita me siento bien aquí (HC)</p> <p>“.....aquí a nosotros no nos cobran, no nos mezquinan, un bocado de comida es la misma cosa para todos, perdón si comemos tierra u ojos comemos todos por en eso no hay distinción (MMS).</p>	(M-MS)	
12,13,14	<p>RELACIONES FAMILIARES</p> <p>Comportamiento de los familiares</p> <p>Actuar de una manera determinada de los familiares hacia el adulto mayor ⁽⁵⁸⁾.</p>	<p>“.....yo estaba bastante mal, avise a mi hijo y me trajeron al asilo, aquí me atienden mejor que en mi casa y como prácticamente me sacaron de mi casa” (MA).</p> <p>“.....yo no he sido separado lo que si ya no pude caminar y yo me quede por aquí, me trajeron cuando me dio la enfermedad, yo soy de Azogues ya me enfermé y tuve que venir aquí” (HC).</p> <p>“.....yo me vine voluntario y mis hijos me acompañaron y me visitan así cuando pueden cada semana viene una hija o viene la otra, ya cuando están ocupados ya no es culpa de ellos, si me visitan” (HMS).</p> <p>“.....los hermanos son muy buenos son todo, pero lejos ya cerca son diferente en la misma casa” (MMS)</p> <p>“.....la relación Ya no sería la misma” (MMS).</p> <p>“.....toditos se van a vivir lejos y no hay como pasar” (HMS).</p> <p>“.....mis hijas dijeron si no se enseña le vamos a volver a traer a la casa así dijeron y por eso yo estoy tranquilo” (HMS).</p> <p>“.....yo pienso que desde lejos estamos todos mejor porque al estar juntas muchas veces es por interés y pienso que no sería la misma relación entre todos” (HA).</p> <p>“.....ellos viven con sus esposas y esposos y entonces las nueras pueden tener alguna incomodidad con la presencia mía” (MA).</p> <p>“.....Se encontrarían contentos porque en primer lugar desde el momento en que vine a al asilo vine por mis hijos que ellos me vinieron trayendo”</p>	<p>(M-A)</p> <p>(H-C)</p> <p>(H-MS)</p> <p>(M-MS)</p> <p>(M-MS)</p> <p>(H-MS)</p> <p>(H-MS)</p> <p>(H-A)</p> <p>(M-A)</p> <p>(H-MS)</p> <p>(H-MS)</p> <p>(M-MS)</p>	<p>De acuerdo al desarrollo social, el papel y posición del adulto mayor en la familia y sociedad tiene variaciones que repercuten en la conducta familiar.</p> <p>En el ámbito familiar también se presentan cambios ya que el adulto mayor, al cruzar el ciclo del nido vacío, debe experimentar en muchos procesos, la salida de sus hijos y la pérdida de su pareja.</p> <p>El ocultamiento de las emociones como la tristeza por la falta de visitas es una forma de “distanciarse” ante sí y ante los demás, de una experiencia que casi siempre es angustiante. En casos extremos, no sólo puede suceder el “ocultar” la emoción, sino también negarla, como nos indica Rodríguez 2009 en el texto soledad en el anciano ⁽⁵²⁾.</p> <p>El adulto mayor opta por aislarse y reducir sus relaciones como una manera de desprenderse de su territorio.</p>

		(HMS)	(M-MS)	
		“.....Yo ya no tengo hermano, ya se murieron, mis hijos nosé, no hay como, no hay como distinguir, como cada cual tiene su manera de pensar” (HMS)	(H-A)	La familia del adulto deja de ofrecer apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas.
		“.....Dudaría la verdad porque cuando uno tiene sus cuatro cositas reales es ñañita linda”	(M-A)	
		“.....yo te quiero y cuando uno no tiene nada allí ,lo miran, lo miran de ladito nada más” (MMS)	(M-A)	
		me dejaron y no me visitan, como ya no puedo trabajar como antes (HA)		La mayoría de adultos mayores son relativamente independientes y físicamente solventes y funcionales.
		“.....yo pienso que desde lejos estamos todos mejor porque al estar juntas muchas veces es por interés y pienso que no sería la misma relación entre todos” (MA).	(H-A)	
		“.....a veces no depende de nosotros, sino de los familiares y por mucho que uno quisiera ellos son los que deberían demostrar amor por uno visitando y llevando uno a la casa con los cuidados posible, pero como dicen que no pueden por el trabajo hay que resignarse” (MA).	(H-A)	
			(H-MS)	En muchas ocasiones los conyugues e hijos, son los principales actores en el abandono del adulto mayor.
			(M-A)	
		“.....el comportamiento de los familiares cuando estamos cerca es muy diferente y además no tienen tiempo por eso fue que me trajeron acá” (HA).	(M-MS)	El sentir gratitud por quien les cuida, es un valor de muchos seres humanos. La emoción de gratitud hacia los cuidadores es la principal expresión en la que se percibe que sin el apoyo de esa/s persona/s no podrían sobrevivir, esto genera a su vez dependencia, Millán 2010 ⁽⁵⁹⁾ .
		“.....cuando a uno lo dejan abandonado sin visitas y regresa a su casa por cualquier cosa el comportamiento ya no es el mismo por eso creo que no mejoraría mi salud” (HA).		
		no mejoraría mi salud, mejorde estar aquí ni en mi casa (HMS)		
		“.....estuviera cuidada por familiares aunque no me puedo quejar acá me atienden muy bien y hasta mejor si es posible, pero si hace falta el calorcito de hogar” (MA).		
		“.....de mi parte no creo porque los médicos que yo me he hecho curar me dicen que no hay remedio para esa enfermedad” (MMS).		



CAPITULO VI

6 DISCUSIÓN

La edad cronológica, es un factor de riesgo no modificable, cuando se considera que se produce un descenso gradual de las distintas funciones biológicas; esto no es sinónimo de enfermedad, ni de discapacidad, ni de dependencia. Sin embargo, es necesario mantener una adecuada capacidad funcional para lograr un apropiado envejecimiento. Este proceso se encuentra condicionado por diferentes factores, entre los que se destaca el género ⁽⁶⁰⁾. Esta situación se evidencia en el hecho que las mujeres presentan mayor interés por su estado de salud, acudiendo de manera más periódica al médico, mientras que los hombres asisten cuando la enfermedad que presentan está avanzada ⁽⁶²⁾.

La presente investigación fue realizada con la participación de 158 adultos mayores, de 19 centros geriátricos de la zona 6, en el Ecuador, los cuales en su mayoría fueron mujeres, con una tasa de prevalencia de limitación funcional (moderada y severa) del 54%, la cual es superior al presentado en el estudio de Moreno 2013* quien encontró una prevalencia del 30%, mientras que Cabañero en el 2008 encontró un 19,6% ⁽²⁹⁾. Esto podría deberse a que los participantes y los índices de valoración fueron distintos, ya que estos dos estudios fueron realizados en la población general, mientras que el presente estudio se realizó en adultos mayores institucionalizados.

En cuanto a las escalas de dependencia, este estudio reporta una prevalencia de incapacidad leve del 45,2%, moderada 28,5% y severa del 25,9%, resultados superiores, si comparamos con el estudio realizado en la ciudad de Cuenca en el 2013 que demostró una prevalencia de dependencia leve del 19,7%; moderada 10,6% y severa de 9,4%*. Esto se puede explicar debido a que el estudio realizado fue a nivel local, en la población general y en una muestra pequeña, a diferencia de esta investigación que fue realizada en 158 adultos mayores residentes en 19 centros geriátricos de la zona 6 del Ecuador.

Pinillos-Patino y Prieto-Suarez en el 2012 relacionaron la limitación funcional con el aumento de la edad y la inactividad física ⁽⁵⁵⁾. Manton & Vaupel en EEUU, también reportaron en su estudio que los adultos mayores de 85 años presentaron entre un 35% y 40% de incremento disfuncional ⁽⁶¹⁾, lo que es similar a lo dicho en Cuba por Martínez y Pérez en el 2006 quienes señalaron que las personas mayores de 60 años presentaron al menos una enfermedad crónica (69,6%), lo que repercute en la disminución de su desempeño físico ⁽⁶²⁾, de igual manera Abellán y colaboradores en el



2011 lo relacionaron con enfermedades como diabetes y trastornos osteoarticulares ⁽⁶³⁾. Si comparamos estos datos con los encontrados en el presente estudio, también se puede observar la relación que existe con el aumento de edad, especialmente de 75 años en adelante y con la residencia, aunque no de forma significativa además, se ha observado que el sexo y el nivel de instrucción tienen un efecto protector de manera no significativa.

Al referirnos a los factores de riesgo asociados con la limitación funcional de las actividades básicas de la vida diaria, la literatura nos dice que la discapacidad provocada por las enfermedades crónicas aumenta a medida que se incrementa la edad, como indica Virtuoso et al, 2012 ⁽⁶⁴⁾. Entre las enfermedades, más relacionadas con la limitación funcional por el paso de los años figuran la Hipertensión Arterial ^(8,9). También la evidencia determina que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica representa el 6% ^(8, 10), así como un 28% de la población mayor de 60 años muestra artrosis sintomática, y el 80% de ellos tiene limitaciones en el movimiento ^(8, 11- 14, 65).

En esta investigación se encontró una prevalencia de artrosis del 72,1%, y una relación de 3,7 veces más de presentar limitación funcional que los adultos mayores que no presentan esta enfermedad; por lo tanto, es un factor estadísticamente significativo asociado a la limitación funcional. Este resultado puede deberse a factores como cambios anatómicos de las articulaciones y alteraciones biomecánicas sufridas en el cartílago articular, por la edad, que a su vez lleva a la disminución de las habilidades presentes en los adultos mayores, inactividad y falta de comunicación como lo describe Tello et al. 2001⁽⁶⁶⁾.

Al respecto, un estudio realizado en varias ciudades del Caribe y América Latina a excepción de Montevideo, también encontró que la artrosis estuvo asociada directamente a la limitación funcional y a la discapacidad para realizar las ABVD con un mayor número de ENT, mayor edad, depresión, autoevaluación de la propia persona como mala, índice de masa corporal (IMC) elevado o bajo y el deterioro cognitivo ⁽²⁴⁾.

*Moreno GA. Valoración de la capacidad funcional y factores asociados en adultos mayores que residen en la parroquia el Valle, 2013.



Por otra parte en este estudio la actividad física y la autoevaluación de su propia salud tuvo un efecto protector estadísticamente significativo, resultados similares a los obtenidos en una investigación realizada en Brasil, quienes concluyeron que las mujeres presentaron una alteración funcional del 4% menor en relación con los hombres, situación que indican se debe a que las mujeres ocupan mayor cantidad de tiempo en sus actividades en comparación con las realizadas por los hombres ⁽⁶³⁾, lo que denota que las actividades del cuidado del hogar, de los hijos, de su conyugue, , así como la administración de la economía de la casa, exige de tiempo completo. A su vez, el concepto que tenga el adulto mayor de sí mismo y de su salud es un predictor del estado físico, que está asociado a su entorno psicológico como la satisfacción con la vida, la autoestima, las habilidades funcionales, las actividades que realicen, la depresión y el funcionamiento intelectual como nos comenta Mella et.al, 2004 ⁽⁶⁷⁾.

Finalmente, el presente estudio encontró una asociación estadística significativa entre depresión y limitación funcional. Según la literatura el adulto mayor que presenta depresión tiene 4,4 veces más riesgo de presentar limitación funcional. Un estudio realizado en México sobre la Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor encontró que casi el 48% presentaron datos de tipo depresivo ⁽³⁹⁾. Según Echeverri Ángel Bogotá 1994, las familias rotas y las familias abandonantes que buscan la institucionalización del anciano tienen su propia historia, en las que resalta las amenazas externas y la dinámica que permea en el sistema” ⁽⁴¹⁾. Al respecto se puede señalar, que una de las principales causas de frustración en humanos se considera la exclusión social, ya que implica la pérdida de refuerzo social, una de las experiencias más dolorosas que sufren los adultos mayores que de alguna forma pierden lazos familiares y sociales.

7. CONCLUSIONES

Los factores de riesgo que se encontraron asociados de manera estadísticamente significativa con la limitación funcional para las actividades básicas de la vida diaria fueron: depresión (RP 1,691; IC (1,805-7,857) y artrosis (RP 1,805; IC (1,760-6,630), con una $p < 0,0001$.

La visita de familiares (OR 1,416; IC 0,709-2,829), IMC (OR 1,007; IC 0,521-1,943), el deterioro cognitivo (RP 1,217; IC 0,793-3,117), la HTA (RP 1,093; IC 0,643-2,259), la diabetes (RP 1,118; IC 0,499-3,371), la EPOC (RP 1,184; IC 0,422-5,366), CI (RP 1,106; IC 0,205-7,786), el ECV (RP 1,370; IC 0,601-9,245), no presentaron asociación significativa. Mientras tanto, la autoevaluación (RP 0,480; IC 0,125-0,473), actividad física (RP 0,562; IC 0,085-0,471), se comportaron como factores protectores, de manera estadísticamente significativa, todos con una $p < 0,0001$.

Al realizar el modelo de regresión logística, se pudo observar que los factores asociados de manera estadísticamente significativa fueron: la depresión (OR 4,404; IC 1,7010-11,344), la artrosis (OR 3,757; IC 1,608-8,779), lo cual nos indicó, que las personas que presentan depresión o artrosis tienen 4.4 y 3.7 veces más riesgo de presentar limitación funcional en comparación con los adultos mayores que no lo presentan.

Un aspecto relevante en los resultados, fue la valoración personal que cada adulto o adulta mayor hace sobre su experiencia de vida, en la que se visibilizan emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, el miedo, la desesperanza y en algunos hasta la culpa de ser una carga para los demás.

No obstante, los adultos mayores, al igual que personas de otros grupos etarios, buscan compensar el sufrimiento. Los participantes de este estudio demostraron experimentar también alternativas positivas para enfrentar la adversidad de sus vidas; ellos se aferran a emociones como la esperanza y la fe. Mediante estas emociones religiosas tan arraigadas en el contexto local, las personas mayores encuentran un sostén emocional para continuar con sus vidas.

Simultáneamente, las personas mayores también expresaron un sentimiento de gratitud hacia sus cuidadores. De esta forma, estas emociones positivas intentan equilibrar las emociones negativas que predominan, especialmente en situaciones de enfermedad y dependencia.



Si bien el sentimiento de frustración fue compartido socialmente en los relatos de los participantes, debido a la pérdida de sus condiciones físicas que se tornan más vulnerables cuando tienen la certeza que el ciclo de vida está por concluir, sin embargo, surgió con mayor peso el significado personal de la tristeza por la pérdida en la vejez de los seres queridos, o bien la pérdida de un estatus o posición social y económica que le otorgó identidad en sus “años productivos”.

Finalmente, es necesario indicar que explorar las emociones en los participantes fue una experiencia de aprendizaje no sólo intelectual sino también humano.

8 RECOMENDACIONES

Uno de los grandes desafíos de la política sanitaria referente a la atención del adulto mayor es encontrar un equilibrio entre el autocuidado (adultos mayores que son capacitados para atenderse a sí mismos), el sistema de apoyo informal (donde familiares y amigos participan al cuidado) y los cuidados profesionales (servicios sociales y sanitarios), por ello es indispensable una formación integral de todos los profesionales de la salud, a la vez que se requiere de las condiciones necesarias para la implementación de los programas de promoción y prevención señalados en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) que enfatiza el “buen vivir” de las personas especialmente de los grupos más vulnerables.

La transición demográfica muestra un incremento de la población adulta mayor en la región y en el país y con ello el aumento de problemas biológicos, psicológicos y sociales, que deben ser tratados a partir de nuevas evidencias científicas desde diferentes frentes sociales, políticos y económicos; sin embargo, desde el ámbito de la salud, es necesario velar por la promoción de una senescencia saludable. Corresponde a los Equipos Básicos de Salud con la contribución de la familia y la comunidad lograr estilos de vida saludables con la participación activa de los abuelos como factor de integración de la familia y principal educador y transmisor de valores como el amor, el cariño y la comunicación.

El abordaje de las percepciones requiere de nuevas formas de intervención en salud, que cuestione los aprendizajes y los saberes acerca de la vejez, la dependencia y el rol de los adultos mayores en la sociedad. Se deberá enfocar en la resignificación de las creencias y los estereotipos negativos que se construyen alrededor de estos fenómenos sociales.

Igualmente, será necesario un trabajo colaborativo en el que, a partir del encuentro con otras disciplinas, la salud contribuya desde lo teórico, lo metodológico y lo práctico, pero también desde lo ético, al diseño de nuevas propuestas de trabajo con adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad española de geriatría y gerontología, tratado de geriatría para residentes, Madrid: International Marketing y Comunicación, S.A. 2010. Consultado octubre 2015.
2. Ministerio de Salud Pública, Normatización del Sistema Nacional de Salud, programa del adulto-Enfermedades crónicas no Transmisibles. Protocolos clínicos y terapéuticos para la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles. Julio 2013. Consultado 20 octubre 2015. Disponible en: www.salud.gob.ec/.../estrategia-nacional-para-las-enfermedades-cronicas...
3. Estudios sobre la calidad de vida de pacientes afectados por determinadas patologías. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
4. Barros C, Muñoz M. (2001). Informe técnico FONDECYT 1990562. "La familia del adulto mayor: composición e interrelaciones". Santiago de Chile. 2001. Consultado 12 diciembre 2015. Disponible en: http://www.elhospitalblog.com/vida_sana/cuidados-del-adulto-mayor/relaciones-familiares-y-sentimentales-del-adulto-mayor/#sthash.2u1ugrvk.dpuf.
5. Rodríguez A. Dimensiones psicosociales de la vejez, en Buendía Envejecimiento y psicología de la salud. Edit. Siglo XXI. España. 1994.
6. Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. Memorias Censo 2010. Ecuador: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC; 2010. Consultado 10 octubre 2015. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/biblioteca-4/>
7. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev. Panam Salud Pública. 2005; 17(5/6):353–61.
8. Organización Panamericana de la Salud: Evaluación funcional del adulto mayor, módulos de valoración clínica parte I. junio 2012.
9. Plumacher Z, Ferrer O, Arteaga M, Weir J, Ferrer Y. Enfermedades Cerebrovasculares en pacientes con Anemia Falciforme. 2004. Consultado septiembre 2015; 45(1): 43-51. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332004000100005&lng=es.
10. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Guía para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la EPOC. Una guía para profesionales



- sanitarios. Consultado noviembre 2015. Disponible en:
http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Pocket11_Spanish_Jun7.pdf
https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf
11. Rodríguez C, González A. Genética de la artrosis. Reumatología Clínica. 2015, Consultado septiembre 2015; 11(1): 33-40. Disponible en https://www.google.com.ec/?gws_rd=ssl#q=18.%09Rodriguez+C%2C+Gonzalez+A.+Gen%C3%A9tica+de+la+artrosis.+Reumatologia+Clinica.
 12. Sanhueza M, Castro M, Merino J. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. Cienc. enferm. 2005. Consultado 2 octubre 2015. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000200004>.
 13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles. Consultado octubre 2015. Disponible en: https://www.google.com.ec/?gws_rd=ssl#q=enfermedades+no+transmisibles
Organización Panamericana de la Salud: Evaluación funcional del adulto mayor, módulos de valoración clínica parte I. Junio 2012
 14. Acosta Y, Gómez J, Venero M, Hernández O, del Busto Jonny. Comportamiento clínico epidemiológico de la diabetes mellitus en el anciano. Rev. Ciencias Médicas. 2013. Consultado julio 2015; 17(3): 92-101. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000300010&lng=es.
 15. Guillén Llera F, Bravo Fernández de Araoz G. Patología del envejecimiento. Indicadores de salud. En: Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez I, editores. Manual de Geriatria. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2003. 77-88.
 16. Rodríguez Martín Marta. La soledad en el anciano. Gerokomos.2009. Consultado 23 noviembre 2015; 20(4): 159-166. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es.
 17. Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Secretaria nacional de planificación y desarrollo. Agenda de igualdad para adultos mayores. Consultado octubre 2015. Disponible en: http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf.
 18. Nuevo R. Influencia del conocimiento sobre la vejez en la gravedad de la preocupación en personas mayores. Rev. Esp. Gerontol 2006; 41(2): 111-6



19. Torres J, Torres J, Díaz Marvelia, Crespo Fernández D, Regal I. Evaluación Funcional del Adulto Mayor: Consultorio Médico 262, Policlínico "Turcios Lima", Julio - diciembre del 2006. Rev. Ciencias Médicas. 2009. Consultado junio 2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000400012&lng=es.
20. Moreno GA, Moreno PA, Valdivieso JL. Valoración de la capacidad funcional y factores asociados en adultos mayores que residen en la parroquia El Valle, Cuenca 2013. 2013. Consultado junio 2015; disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/5013>.
21. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Módulo 5. Valoración nutricional del adulto mayor. Consultado octubre de 2015. Disponible en: https://www.google.com.ec/?gfe_rd=cr&ei=thzmVdHTO8mwzQKO5lyADA&gws_rd=ssl#q=valoracion+nutricional+del+adulto+mayor+pdf
22. Ballesteros R. Independencia funcional y su influencia en la calidad de vida de los pacientes que acuden a los clubes del adulto mayor de la dirección distrital de salud 18d01 del cantón Ambato en el período febrero-marzo 2014. Consultado julio 2015. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8386>
23. Brito T, Fernandes M, Coqueiro R. Falls and functional capacity in the oldest old dwelling in the community. Texto contexto - enferm. Consultado noviembre 2015; 22(1): 43-51. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100006&lng=en
24. Reyes M. estrategias efectivas a familiares o cuidadores acerca de cuidados personales, psicológicos, y espirituales que influye en el adulto mayor centro de atención integral «santa Elena» 2012-2013. Consultado julio 2015. Disponible en: <http://www.repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/1001>
25. Trujillo S, Tovar C, Lozano M. The Conformist elder, an Optimismt with experience? resoundings of a study in an elderly population in soacha and sibaté and the psychological aspects of their quality of life. Universitas Psychologica, 2007; 6 (2): 263-268.
26. Alonso Palacio L. et. al. Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hospital Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (2): 250-259.
27. Garay S, Ávalos R. Autopercepción de los adultos mayores sobre la vejez. Kayrós. Sao Paulo. 2009; 12 (1): 39-58.
28. Castro A. La frustración. 2005. Consultado diciembre 2015. Disponible en: <http://www.anacelis.com>



29. Cabañero M, Cabrero J, Richart M, Muñoz C. Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. *Rev. Esp.GeriatrGerontol*, 2008; 43: 271-83.
30. Álvarez M, De Alaiz T, Brun E, Cabañeros JJ, Calzón M, Cosío I, et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. *Fiabilidad del método. Atención Primaria* 1992; 10: 812-6.
31. Cruz AJ, González JI, Alarcón T, Rexach C. Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. Barcelona: ProusScience; 2006.
32. Harrison R. Principios de Medicina Interna. 18ª edición. Madrid: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2012.
33. Herrera S, Saldías P, Testa N. Validación de un test breve para el diagnóstico de capacidad funcional en adultos mayores en Chile. *Rev. méd. Chile*. 2014. Consultado noviembre 2015; 142(9): 1128-1135. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000900006&Ing=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000900006>.
34. Manrique-Espinoza Betty, Salinas-Rodríguez Aarón, Moreno-Tamayo Karla, Téllez-Rojo Martha M. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud pública Méx*. 2011. citado marzo 2017; 53(1): 26-33. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000100005&Ing=es.
35. Cevallos F, Huaman L, Jumbo R, Rojas R, Cordero L. Validación de la encuesta internacional de actividad física IPAQ a una muestra de adolescentes de 11 a 15 años de los centros educativos del casco urbano de la ciudad de Cuenca. 2009. Consultado noviembre 2015. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/19656>
36. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-Mental State». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98
37. TY - JOURTI - Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos PY -2005RP - IN FILESP - 53-63T2 - Pensamiento Psicológico - 1IS - 4SN - 1657-896. Consultado noviembre 2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80112046006ER>
38. Charlson M, Pompei P, Ales KL, McKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J ChronDis* 1987; 40: 373-83.



39. Moreno F, Bazán M, Peña B, Terán M, Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2009;1453-61. Consultado 10 enero 2016. disponible en: [http](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-569X2008000200004&Ing=es)
40. Martí D, Miralles R, Llorach I, García-Palleiro P, Esperanza A, Guillén J, Cervera AM. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Rev. Esp GeriatrGerontol 2000; 35: 7-14.
41. Echeverri L. Familia y Vejez. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1994.
42. López J. Los viejos. Dopesa. España: Colección los marginados; 1977.
43. Kamenetzky, V, Cuenya, L, Elgier, A. M, López Seal, F, Fosachea, S, Martin, L, & Mustaca, A. E. (2009). Respuestas de Frustración en Humanos. *Terapia psicológica*, 27(2), 191-201. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200005>
44. Casas Martínez María de la Luz. PREJUICIOS, ESTEREOTIPOS Y DISCRIMINACIÓN: REFLEXIÓN ÉTICA Y PSICODINÁMICA SOBRE LA SELECCIÓN DE SEXO EMBRIONARIO. 2008. Consultado abril del 2017; 14(2): 148-156. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000200004&Ing=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2008000200004>.
45. Domínguez González Tamara B, Espín Andrade Ana Margarita, Bayorre Veá Héctor. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2001. Consultado abril del 2017; 17(5): 418-422. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500002&Ing=es.
46. Iturralde A. La Investigación Científica. Cuenca, 2013; 170-186.
47. Quiroga L Pilar, Albala B Cecilia, Klaasen P Gonzalo. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. Rev. méd. Chile. Consultado noviembre 2015; 132(4): 467-478. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000400009&Ing=es.
48. García V, García H. Adulto Mayor maduro: condiciones actuales de vida. Universidad Tecnológica de Pereira. Colombia 2005.
49. Miralles I. Envejecimiento Productivo: Las contribuciones de las personas mayores desde la cotidianidad. *Trab. soc.* [online]. 2011, n.16 [citado 2017-03-10], pp. 137-161. Disponible en:



- <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712011000100009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1514-6871.
50. Gómez M, López A, Moya M, Hernández O. Influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto mayor. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2005. Consultado Abril 2017; 21(1-2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100003&lng=es.
51. Soto O, Barrios S. Caracterización de salud, dependencia, inmovilidad y riesgo de úlceras por presión de enfermos ingresados al programa de atención domiciliaria. *Cienc. enferm.* 2012. Consultado Mar 2017; 18(3): 61-72. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300007>.
52. Rodríguez M, Cruz-Quintana F, Pérez-Marfil M. Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index Enferm* 2014. Consultado marzo 2017 23(1-2): 36-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100008>.
53. Jürschik P, Botigué T, Nuin C, Lavedán A. Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos* 2013. Consultado marzo 2017; 24(1): 14-17. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100003&lng=es.
54. Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud colectiva.* 2007. Consultado marzo 2017; 3(3): 271-283. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300005&lng=es.
55. Pinillos--Patiño Y, and Prieto-Suarez E. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Rev. salud pública [online]*. 2012, vol.14, n.3, pp.438-447. ISSN 0124-0064.
56. Megret A, Naranjo M, Fong Y. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Rev. Cubana Enfermer.* 2002. consultado marzo 2017; 18(1): 43-49. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000100008&lng=es.



57. Ocampo R. Vejez y discapacidad: visión comparativa de la población adulta mayor rural. Valle Central de Costa Rica. 2004
58. Cardona-Arango D et al, Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín, 2008. Rev. salud pública. 2010. Consultado marzo; 12(3): 414-424. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300007&lng=en.
59. Millán II. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev. Cubana Enfermer. 2010 Dic, cons. Mar 10 2017; 26(4): 202-234. Disponible en: [ttp://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007&lng=es).
60. Puts M, Deeg D, Hoeymans N, Hoeymans N, Nusselder WJ, Schellevis FG. Changes in the prevalence of chronic disease and the association with disability in the older Dutch population between 1987 and 2001. Age Ageing 2008; 37:187-93.
61. Manton, K. G. & Vaupel, J. W. (1998). Survival after the Age of 80 in the United States, Sweden, France, England and Japan. New England Journal of Medicine, 333, 1232-1235.
62. Martínez, C. & Pérez, V. (2006). Longevidad: estados cognoscitivos, validismo y calidad de vida. Revista Cubana de Medicina General Integral, 22, 1-13
63. Abellán A, Esparza C, Pérez J. (2011) Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. Cuadernos de Relaciones Laborales Vol. 29, núm. 1, p. 43-67.
64. Virtuoso J, Tribess P, Paulo T, Martins C, Romo V. Actividad Física como indicador de incapacidad funcional predictivo en personas mayores. rev.latino-am. marzo-abril 2012. Acceso 02.03.2017; 20(2). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae.
65. Ferrín MT, González LF, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clínica. 2011;72(1):11-6.
66. Tello, Y., Bayarre, H., Hernández, Y. & Herrera, H. (2001). Prevalencia de discapacidad física en ancianos: municipios "Amancio Rodríguez" y "Jobabo". Revista Cubana de Salud Pública, 27, 19-25.
67. Mella, R., González, L., D Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. Psykhe, 13, 79-89.
68. Román B, Ribas L, Ngo J, Serra LI. Validación en población catalana del cuestionario internacional de actividad física. GacSanit. 2013. Consultado Nov 19 2015; 27(3): 254-257. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-



91112013000300011&Ing=es.

69. Seidel D, Brayne C, Jagger C. Limitations in physical functioning among older people as a predictor of subsequent disability in instrumental activities of daily living. *Age Ageing* 2011; 40: 463-9.
70. Ávila, J., Garant, M. & Aguilar, S. (2006). Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Revista Panamericana Salud Pública*, 19, 321-330.

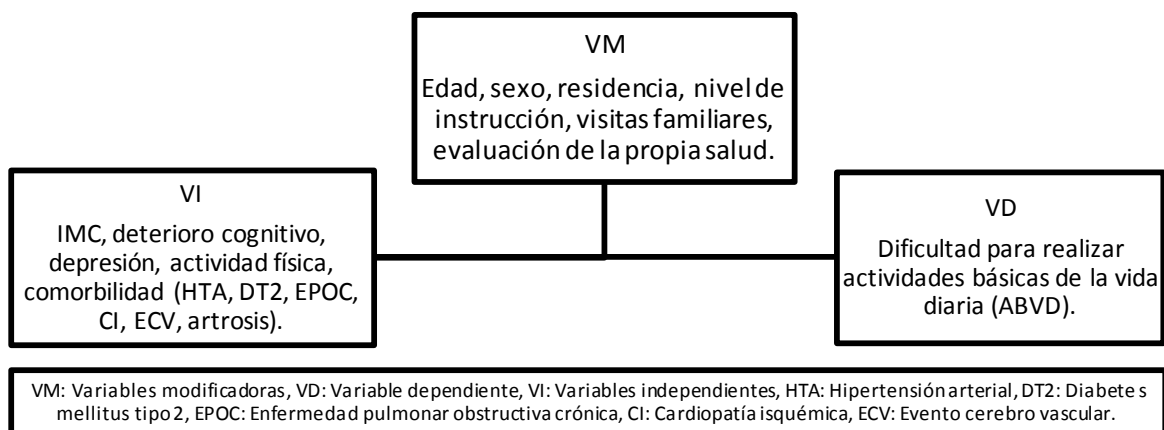
ANEXOS

ANEXO 1.

VARIABLES Y OPERACIONALIZACION

MATRIZ DE RELACION DE VARIABLES CUANTITATIVAS

Grafico 1. Matriz de relación de variables. 2016





OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que lleva viviendo una persona desde que nació.	Años cumplidos	Años cumplidos desde el nacimiento registrado en el formulario	- 65 a 74 años - 75 a 84 años - 85 y más
Sexo	Características fenotípicas expresadas en los caracteres sexuales secundarios	Fenotípica	Observación de caracteres sexuales secundarios al examen físico	- Masculino - Femenino



Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Nivel de instrucción	Grado de instrucción formal que tienen las personas, de acuerdo con la clasificación del sistema educativo del país.	Educacional	Respuesta registrada en el formulario.	- Ninguna -Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa
Residencia	Nombre del lugar en el que el adulto mayor vive por más de seis meses cumplidos al momento de la entrevista.	Geográfica	Historia clínica o formulario	Nombre del lugar
Visitas familiares	Acudir al centro geriátrico un familiar para pasar un tiempo con el adulto mayor	Social	Visitas dentro del centro	Si No
Índice de masa corporal	Situación resultante del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes	Peso en Kg Talla en metro	IMC = $\text{Peso en Kg} / \text{Talla en m}^2$	Bajo (IMC menor 23) Alto (IMC mayor a 28).



Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Deterioro cognitivo	Es la pérdida de funciones cognitivas (memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información)	Cognitiva	Menor de 18 puntos en analfabetos Menor de 21 en escolaridad baja (primaria) Menor de 24 escolaridad alta (secundaria o superior)	- Sí - No
Depresión	Trastorno del estado de ánimo y de las emociones. Las emociones normalmente cambian y sus 2 grandes variaciones son la tristeza y la alegría.	Estado de ánimo	Puntuación: > 5 indica probable depresión.	Mayor de 5 si Menor de 5 no
Actividad física	Ejercicio físico de manera rutinaria	Grado de actividad física	Resultado del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)	- Baja o inactiva - Moderada - Alta
Autoevaluación de salud	Análisis que hacemos de nosotros mismos, evaluando lo bueno y lo malo.	Social	El participante evaluó su salud como excelente, muy buena o buena) El participante evalúa su salud como regular o mala).	Buena Mala



Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Comorbilidad	Presencia de una o más enfermedades crónico-degenerativas como la hipertensión arterial (HTA), diabetes tipo 2 (DB2), enfermedad cerebrovascular (ECV), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cardiopatía isquémica (CI), artrosis, que limitan las ABVD.	Patologías concomitantes	Presencia de enfermedades según el índice de comorbilidad de Charlson.	HTA si no DT2 si no EPOC si no CI si no ECV si no Artrosis si no
Limitación funcional	Aparición de dependencia y pérdida de la autonomía, que se muestra clínicamente a través de la medición de las ABVD.	Clínica	Índice de Katz, donde según las puntuaciones: 0 a 1 puntos sería igual a incapacidad ausente o leve. De 2-3 incapacidad moderada. De 4-6 incapacidad severa.	Ausencia o Leve Moderada severa

Elaboración: El autor



ANEXO 2

ANEXO 2.1



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MAESTRIA DE INVESTIGACION EN LA SALUD

**Formulario Consentimiento Informado para muestra cuantitativa y cualitativa**

Título de la investigación: PREVALENCIA Y PERCEPCIONES DE LAS LIMITACIONES DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE LA ZONA 6 DEL ECUADOR. 2016

INVESTIGADOR

Jorge de Jesús Buelvas Muza

TELÉFONO

0988887165

CORREO ELECTRÓNICO

jorgebuelvasmuza@hotmail.com**DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO****Introducción**

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre Prevalencia y percepciones de las limitaciones de las actividades básicas en la vida diaria y factores asociados en el adulto mayor de los centros geriátricos residenciales de la zona 6 de Ecuador, 2016.

Objetivo/propósito del estudio:

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia y percepciones de las limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria y factores asociados en adultos mayores residentes en los centros geriátricos de la zona 6 del Ecuador.

Para ello se estudiarán los factores asociados a las limitaciones, así como las percepciones (frustraciones, prejuicios y cambios en las relaciones familiares), que tienen los adultos mayores con respecto a estas limitaciones.

Los factores asociados a las limitaciones funcionales de las actividades de la vida diaria en los adultos y sus efectos sobre la salud, se consideran como un grave problema de salud pública que, al conocerlos podrían contribuir las políticas de promoción y prevención de las limitaciones funcionales en las personas de edades avanzadas. Los



resultados serán publicados sin registro de nombres ni identificación, para contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor y con esto tratar de disminuir su dependencia.

Número de Participantes

158 Adultos mayores de los centros geriátricos residenciales de la zona 6 ecuador (Azuay, cañar y morona Santiago).

Duración del estudio/Tiempo de participación

El estudio tendrá una duración de 6 meses desde marzo a agosto de 2016

Descripción de los procedimientos**Marzo del 2016:**

Socialización del estudio y del formulario del consentimiento informado a los representantes de los centros geriátricos residenciales en cada una de las provincias.

Firma (aceptación) del consentimiento escrito por los adultos mayores o un representante si fuese necesario.

Abril – Junio del 2016

Test: Aplicación de los Test a los adultos mayores en los diferentes centros geriátricos: Para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Se explorará (si la persona tiene dificultad para: cruzar un cuarto caminando, vestirse, bañarse, comer, acostarse o pararse de la cama, y usar el servicio sanitario), utilizando el índice de Katz, la inactividad física se medirá con el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ), el Deterioro Cognoscitivo se evaluará mediante el test Minimental State Examination de Folstein (MMSE-30), para la Depresión se utilizará la escala de depresión geriátrica de Yesavage (versión abreviada de 15 preguntas), donde se empleara aproximadamente 30 minutos por adulto.

En la cualitativa se realizará un muestreo intencional, formando tres grupos focales, conformado por 6 participantes de los centros geriátricos. Los criterios de segmentación serán el sexo y la población a la que pertenece y será analizada utilizando el software Atlas-ti.

Formularios: Recolección de datos de las historias clínicas.

Grupos de discusión: Se seleccionarán 6 participantes por grupos para la realización de los 3 grupos de discusión, uno por provincia con aproximadamente 90 minutos de duración. Se conducirá el grupo de discusión, se realizarán grabaciones y anotaciones las cuales serán transcritas y analizadas.

Junio – Julio del 2016:

Análisis del contenido de los datos recolectados.

Agosto del 2016:



Elaboración y socialización de recomendaciones para adultos mayores, cuidadores y representantes de los centros geriátricos.

Elaboración del informe final sobre la ejecución del proyecto.

Riesgos y beneficios

Riesgos: El presente estudio no involucra ningún riesgo físico, ni psicológico para los participantes. Existe riesgo en no querer responder los test o no responder las preguntas en los grupos de discusión. Se les indicará a los participantes que están en libertad de no responder a las preguntas de los test o del grupo de discusión que consideren incómodas.

Beneficios: Los adultos mayores serán los beneficiados, si los resultados de esta investigación dan lugar a conocer la prevalencia y factores asociados a las limitaciones, así como como mejorar su estilo de vida de acuerdo a la percepción que tenga de su estado actual, pues comparados con las otras edades, poseen características biológicas, psicológicas, culturales, socioeconómicas y epidemiológicas únicas, por lo que deben ser analizados individualmente. Los participantes recibirán retroalimentación de los resultados obtenidos a fin de mejorar la calidad de vida.

Alternativas:

Participante que en el momento de la toma de datos no se sienta cómodo o durante el grupo de discusión se le dará las posibilidades de retirarse e integrarse cuando lo considere.

Confidencialidad de los datos

Se mantendrá su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo los investigadores y el Comité de Ética de la Universidad de Cuenca tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Costos y Compensación: Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Se garantizará la autonomía de cada persona frente al estudio realizado y usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo a la persona que le explica este documento, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

El estudio no provocará daño físico ni moral a los participantes.

**Consentimiento informado:**

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo (<i>si aplica</i>)	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

Los resultados van a ser publicados en la revista de la faculta de Medicina de la Universidad de Cuenca, previa autorización de la universidad.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0988887165 que pertenece a Jorge Buelvas, o envíe un correo electrónico a jorgebuelvasmuza@hotmail.com



ANEXO 2.2



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



MAESTRIA DE INVESTIGACION EN LA SALUD

Formulario Consentimiento Informado para muestra cuantitativa

Título de la investigación: PREVALENCIA Y PERCEPCIONES DE LAS LIMITACIONES DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE LA ZONA 6 DEL ECUADOR. 2016

INVESTIGADOR

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

Jorge de Jesús Buelvas Muza

0988887165

jorgebuelvasmuza@hotmail.com**DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO****Introducción**

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre Prevalencia de las limitaciones de las actividades básicas en la vida diaria y factores asociados en el adulto mayor de los centros geriátricos residenciales de la zona 6 de Ecuador, 2016.

Objetivo/propósito del estudio:

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de las limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria y factores asociados en adultos mayores residentes en los centros geriátricos de la zona 6 del Ecuador.

Para ello se estudiarán los factores asociados a las limitaciones que tienen los adultos mayores.

Los factores asociados a las limitaciones funcionales de las actividades de la vida diaria en los adultos y sus efectos sobre la salud, se consideran como un grave problema de salud pública que, al conocerlos podrían contribuir las políticas de promoción y prevención de las limitaciones funcionales en las personas de edades avanzadas. Los resultados serán publicados sin registro de nombres ni identificación, para contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor y con esto tratar de disminuir su dependencia.



Número de Participantes
158 Adultos mayores de los centros geriátricos residenciales de la zona 6 ecuador (Azuay, cañar y morona Santiago).
Duración del estudio/Tiempo de participación
El estudio tendrá una duración de 6 meses desde marzo a agosto de 2016
Descripción de los procedimientos
<p>Marzo del 2016:</p> <p>Socialización del estudio y del formulario del consentimiento informado a los representantes de los centros geriátricos residenciales en cada una de las provincias.</p> <p>Firma (aceptación) del consentimiento escrito por los adultos mayores o un representante si fuese necesario.</p> <p>Abril – Junio del 2016</p> <p>Test: Aplicación de los Test a los adultos mayores en los diferentes centros geriátricos: Para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Se explorará (si la persona tiene dificultad para: cruzar un cuarto caminando, vestirse, bañarse, comer, acostarse o pararse de la cama, y usar el servicio sanitario), utilizando el índice de Katz, la inactividad física se medirá con el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ), el Deterioro Cognoscitivo se evaluará mediante el test Minimental State Examination de Folstein (MMSE-30), para la Depresión se utilizará la escala de depresión geriátrica de Yesavage (versión abreviada de 15 preguntas), donde se empleara aproximadamente 30 minutos por adulto.</p> <p>Formularios: Recolección de datos de las historias clínicas.</p> <p>Junio – Julio del 2016:</p> <p>Análisis del contenido de los datos recolectados.</p> <p>Agosto del 2016:</p> <p>Elaboración y socialización de recomendaciones para adultos mayores, cuidadores y representantes de los centros geriátricos.</p> <p>Elaboración del informe final sobre la ejecución del proyecto.</p>
Riesgos y beneficios
<p>Riesgos: El presente estudio no involucra ningún riesgo físico, ni psicológico para los participantes. Existe riesgo en no querer responder los test o no responder las preguntas en los grupos de discusión. Se les indicara a los participantes que están en libertad de no responder a las preguntas de los test o del grupo de discusión que consideren incómodas.</p>



Beneficios: Los adultos mayores serán los beneficiados, si los resultados de esta investigación dan lugar a conocer la prevalencia y factores asociados a las limitaciones, así como como mejorar su estilo de vida, pues comparados con las otras edades, poseen características biológicas, psicológicas, culturales, socioeconómicas y epidemiológicas únicas, por lo que deben ser analizados individualmente. Los participantes recibirán retroalimentación de los resultados obtenidos a fin de mejorar la calidad de vida.

Alternativas:

Participante que en el momento de la toma de datos no se sienta cómodo o durante el grupo de discusión se le dará las posibilidades de retirarse e integrarse cuando lo considere.

Confidencialidad de los datos

Se mantendrá su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo los investigadores y el Comité de Ética de la Universidad de Cuenca tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Costos y Compensación: Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Se garantizará la autonomía de cada persona frente al estudio realizado y usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo a la persona que le explica este documento, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

El estudio no provocará daño físico ni moral a los participantes.

Los resultados van a ser publicados en la revista de la facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, previa autorización de la universidad.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0988887165 que pertenece a Jorge Buelvas, o envíe un correo electrónico a jorgebuelvasmuza@hotmail.com



ANEXO 3



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE POSGRADO



Maestría en Investigación de la Salud

“PREVALENCIA Y PERCEPCIONES DE LAS LIMITACIONES DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE LA ZONA 6 DEL ECUADOR. 2016”

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS N°: _____

Fecha de recolección: ____/____/____

Objetivo: Determinar la prevalencia y percepciones de las limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria y factores asociados en adultos mayores residentes en los centros geriátricos de la zona 6 del Ecuador 2016.

Instrucciones: El presente documento es un formulario para recolectar datos sobre las limitaciones de las actividades básicas de la vida diaria y los factores asociados en el adulto mayor de los centros geriátricos. El uso de datos tiene un fin únicamente investigativo y se mantendrá la confidencialidad de la información aquí presentada.

Código de identificación:

1. Características Sociodemográficas

Edad

años cumplidos

Genero

1. Masculino ☐ 2. Femenino ☐

Nivel de

Instrucción

1. Ninguna ☐ 2. Primaria incompleta ☐ 3. Primaria completa ☐



4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Superior incompleta 7. Superior completa ☐

Residencia

1. Provincia del Azuay ☐

Centro geriátrico.....

2. Provincia del Cañar ☐

Centro geriátrico.....

3. Provincia de Morona Santiago ☐

Centro geriátrico.....

1. Factores de riesgo

Visitas familiares: 1. Si ☐ 2. No ☐

Estado Nutricional: peso..... talla.....IMC

1. Bajo (IMC menor 23) ☐

2. Alto (IMC mayor a 28) ☐

Deterioro cognitivo: 1. Si ☐ 2. No ☐

Depresión: 1. Si ☐ 2. No ☐

Actividad física: 1. Baja ☐ 2. Moderada ☐ 3. Intensa ☐

Autoevaluación de salud

1. El participante evaluó su salud como excelente, muy buena o buena. buena ☐

2. El participante evalúa su salud como regular o mala. mala ☐

Comorbilidad:

HTA1. Si ☐ 2. No ☐ DM1. Si ☐ 2. No ☐ EPOC Si ☐ 2. No ☐

CI 1. Si ☐ 2. No ☐ ECV1. Si ☐ 2. No ☐ Artrosis Si ☐ 2. No ☐

Limitación funcional: 1. Ausencia o Leve ☐ 2. Moderada ☐ 3. Severa ☐

Nombre del Investigador:



ANEXO 4



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE POSGRADO



Maestría en Investigación de la Salud

**“PREVALENCIA Y PERCEPCIONES DE LAS LIMITACIONES DE LAS
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE LA
ZONA 6 DEL ECUADOR. 2016”**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS N°: _____

Fecha de recolección: ____/____/____

Índice de Katz (actividades básicas de la vida diaria)

1. Baño
Independiente: Se baña enteramente solo, o bien requiere ayuda únicamente en alguna zona concreta (p. ej., espalda).
Dependiente: Necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo, o bien para entrar o salir de la bañera o ducha.
2. Vestido
Independiente: Coge la ropa y se la pone él solo, puede abrocharse (se excluye atarse los zapatos o ponerse las medias).
Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente vestido.
3. Uso del inodoro
Independiente: Usa el inodoro solo, se arregla la ropa, se limpia él solo.
Dependiente: Precisa ayuda para utilizar el inodoro y/o para limpiarse.
4. Movilidad
Independiente: Se levanta y se acuesta de la cama él solo, se levanta y se sienta de una silla él solo, se desplaza solo.
Dependiente: Necesita ayuda para levantarse y/o acostarse, de la cama y/o de la silla. Necesita ayuda para desplazarse o no se desplaza.



5. Continencia

Independiente: Control completo de la micción y defecación.

Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.

6. Alimentación

Independiente: Come solo, lleva alimento solo desde el plato a la boca (se excluye cortar los alimentos).

Dependiente: Necesita ayuda para comer, no come solo o requiere alimentación enteral.



ANEXO 5



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE POSGRADO



Maestría en Investigación de la Salud

**“PREVALENCIA Y PERCEPCIONES DE LAS LIMITACIONES DE LAS
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE LA
ZONA 6 DEL ECUADOR. 2016”**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS N°: _____

Fecha de recolección: ____/____/____

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)

Nos interesa conocer el tipo de actividad física que usted realiza en su vida cotidiana. Las preguntas se referirán al tiempo que destinó a estar activo/a en los últimos 7 días. Le informamos que este cuestionario es totalmente anónimo.

Muchas gracias por su colaboración

1-Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizo actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, ejercicios hacer aeróbicos o andar rápido en bicicleta?
Días por semana (indique el número)
Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3)
2-Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?
Indique cuántas horas por día
Indique cuántos minutos por día
No sabe/no está seguro
3-Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluya caminar



Días por semana (indicar el número)
Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5)
4-Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?
Indique cuántas horas por día
Indique cuántos minutos por día
No sabe/no está seguro
5-Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?
Días por semana (indique el número)
Ninguna caminata (pase a la pregunta 7)
6-Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?
Indique cuántas horas por día
Indique cuántos minutos por día
No sabe/no está seguro
7-Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?
Indique cuántas horas por día
Indique cuántos minutos por día
No sabe/no está seguro



ANEXO 6



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE POSGRADO



Maestría en Investigación de la Salud

**“PREVALENCIA Y PERCEPCIONES DE LAS LIMITACIONES DE LAS
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE LA
ZONA 6 DEL ECUADOR. 2016”**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS N°: _____

Fecha de recolección: ____/____/____

Índice de comorbilidad de Charlson.

Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG 1
Insuficiencia cardíaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diurético o vasodilatador. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales 1
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de <i>by-pass</i> arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro 1
Enfermedad cerebrovascular: pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio 1
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico 1
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma 1



Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. Mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. Gigantes y artritis reumatoide 1
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un ulcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras 1
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica 1
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglicemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta 1
Hemiplejia: evidencia de hemiplejia o paraplejia como consecuencia de un AVC u otra condición 2
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl u objetivadas de forma repetida y mantenida 2
Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar 2
Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas 2
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas 2
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldestrom y mieloma 2
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía) 3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis 6
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos 6



ANEXO 7



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE POSGRADO



Maestría en Investigación de la Salud

**“PREVALENCIA Y PERCEPCIONES DE LAS LIMITACIONES DE LAS
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE LA
ZONA 6 DEL ECUADOR. 2016”**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS N°: _____

Fecha de recolección: ____/____/____

Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE-30)

Orientación temporal
Día 0 1
Fecha 0 1
Mes 0 1
Clima 0 1
Año 0 1
Orientación espacial
Hospital o lugar 0 1
Planta o piso 0 1



Ciudad 0 1
Provincia 0 1
Nación 0 1
Fijación
Repita estas 3 palabras hasta aprenderlas:
Papel 0 1
Bicicleta 0 1
Cuchara 0 1

Concentración (sólo una de las 2 opciones)
a) Restar desde 10 de 2 en 20 1 2 3 4 5
b) Deletree la palabra «MUNDO» al revés 0 1 2 3 4 5
Memoria
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? 0 1 2 3
Lenguaje
Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto? 0 1
Repetirlo con el reloj 0 1
Repita esta frase: «Ni sí, ni no, ni peros» 0 1
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa 0 1 2 3
Mire o lea esto y haga lo que dice: 0 1



CIERRE LOS OJOS

Escriba una frase: 0 1

Copie este dibujo 0 1





ANEXO 8



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE POSGRADO



Maestría en Investigación de la Salud

“PREVALENCIA Y PERCEPCIONES DE LAS LIMITACIONES DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE LA ZONA 6 DEL ECUADOR. 2016”

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS N°: _____

Fecha de recolección: ____/____/____

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (versión abreviada de 15 preguntas)

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

(versión abreviada de 15 preguntas)

Instrucciones:

Interrogar al paciente acerca de las siguientes cuestiones y escoger la respuesta más adecuada sobre cómo se ha sentido en las últimas 2 semanas.

Marcar con un círculo la respuesta escogida y al final sumar la puntuación.

Si el Mini-Mental de Folstein es < 14 puntos, la aplicación de la escala puede no ser valorable (J Am Geriatr Soc 1994; 42: 490).

	SI	NO
1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0



UNIVERSIDAD DE CUENCA

4. ¿Se aburre a menudo?	1	0
5. ¿Está usted con ánimo casi todo el tiempo?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le vaya a pasar algo malo?	1	0
7. ¿Está usted contento durante el día?	0	1
8. ¿Se siente desamparado o abandonado?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa o en la habitación en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Cree que le falta más la memoria que a la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que es bueno estar vivo?	0	1
12. ¿Se siente usted inútil tal como está ahora?	1	0
13. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	1	0

Puntuación: > 5 indica probable depresión.

TOTAL

El diagnóstico se debe confirmar evaluando los criterios DSM-IV de los diferentes trastornos depresivos.



ANEXO 9



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE POSGRADO**



Maestría en Investigación de la Salud

**“PREVALENCIA Y PERCEPCIONES DE LAS LIMITACIONES DE LAS
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE LA
ZONA 6 DEL ECUADOR. 2016”**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS N°: _____

Fecha de recolección: ____/____/____

GUÍA PARA LA ENTREVISTA A GRUPOS DE DISCUSION DE ADULTOS MAYORES

UNIVERSIDAD DE CUENCA

MAESTRIA DE INVESTIGACIÓN DE LA SALUD.

Soy el Doctor Jorge Buelvas, trabajo en una investigación relacionada con las percepciones de las limitaciones funcionales en adultos mayores. Me gustaría hablarle de esto. La entrevista tomará cerca de 45 minutos. Toda la información obtenida será estrictamente confidencial y sus respuestas nunca serán identificadas. Ud. no está obligado a responder alguna pregunta que no quiera, y puede abandonar la entrevista en cualquier momento. ¿Puedo comenzar ahora?

Entrevista N°: _____ **Día/Mes/Año:** ____ / ____ / ____

Provincia..... Centro geriátrico.....

4. FRUSTRACIONES

1.3 ¿Qué actividad realiza ahora?

1.4 ¿Cómo se siente en estos momentos?

5. PREJUICIOS

5.1 ¿piensa que ha sido excluido grupo familiar?

5.2 ¿Qué le hace sentir esa exclusión por parte de los familiares?

6. RELACIONES FAMILIARES

6.1 ¿Cómo sería la actitud de sus hijos si usted viviera en casa?

6.2 ¿Cree que su salud mejoraría si estuviera en casa?

**ANEXO 10****Pruebas de Predicción.****Pruebas ómnibus de coeficientes de modelo**

		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Escalón	48,505	16	,000
	Bloque	48,505	16	,000
	Modelo	48,505	16	,000

Prueba de Hosmer y Lemeshow

Escalón	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1	7,562	8	,477

Fuente: Base de datos.**Elaborado:** Autor.



ANEXO 11

Diagrama de Gantt.

Actividades	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				MES 5				MES 6				Responsables
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
<i>Elaboración y presentación del protocolo</i>																									Investigadores Director
<i>Elaboración del marco teórico</i>																									Investigadores Director
<i>Prueba Piloto</i>																									Investigadores Director Asesor
<i>Recolección de los datos</i>																									Investigadores
<i>Revisión y corrección de los datos</i>																									Investigadores
<i>Procesamiento y análisis de datos</i>																									Investigadores Director Asesor
<i>Conclusiones y recomendaciones</i>																									Investigadores Director Asesor
<i>Elaboración del informe final</i>																									Investigador Director Asesor

ELABORACIÓN: El autor